

University of Groningen

Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen

Oud, Maria Joanna Theresia

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2009

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Oud, M. J. T. (2009). *Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen

Het onderzoek van het LINH databestand werd financieel mogelijk gemaakt door de Stichting Stoffels-Hornstra. Deze Stichting stelt zich ten doel om innovatief onderzoek in de eerste lijn, welke relevant is voor de praktijk, te stimuleren.

Het kwalitatief onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door de ‘Stimuleringsregeling Inbedding Kaderopleiding GGZ’ als uitvloeisel van de stimuleringsregeling consultatiegelden GGZ. Deze maatregel van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport was bedoeld ter versterking van de eerstelijns GGZ.

Het vragenlijstonderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc). Het RGOc is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe, en het universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen met als doel wetenschappelijk onderzoek op gebied van psychiatrie in de drie noordelijke provinciën te stimuleren en ontwikkelen.

Copyright 2009 © Marian Oud

Vormgeving: Mari Hofman

Omslagillustratie: © Quint Buchholz

Drukwerk: GrafiMedia, Facilitair bedrijf Rijksuniversiteit Groningen

ISBN 9789460700033

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

**Zorg van de huisarts voor mensen met
ernstige psychische stoornissen**

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de
Medische Wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de
Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,
in het openbaar te verdedigen op
woensdag 28 oktober 2009
om 13.15 uur

door

Maria Joanna Theresia Oud
geboren op 8 december 1951
te Beverwijk

Promotor: Prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Copromotoren: Dr. J. Schuling
Dr. C. J. Slooff

Beoordelingscommissie: Prof. dr. H.E. van der Horst
Prof. dr. A. H. Schene
Prof. dr. D. Wiersma

Goede zorg is zorg die mensen ondersteunt in het behouden van een
gevoel van eigenwaarde en die hen geborgenheid biedt.
Cees Hertogh

Voorwoord

Lang geleden deden Jan Schuling en ik met onze duopraktijk mee aan een proefonderzoek van het Nederlands HuisartsGenootschap (NHG) en het Centre for Quality of Care Research (WOK). Tijdens het onderzoek werd het meetinstrument ‘praktijkvisitatie’ getoetst, dat tegenwoordig ook wel ‘praktijkaccreditatie’ wordt genoemd. De proefversie was gericht op het persoonlijk functioneren van de huisarts en de praktijkorganisatie. Na deelname ontvingen we een uitgebreid verslag. Daaruit bleek dat onze praktijk goed draaide en ik voldoening had in mijn werk. Uit de feedback werd mij echter ook duidelijk dat ik verlangde naar een nieuwe uitdaging. Ik wilde iets nieuws presteren, het liefst een ‘hersenkraaker’. Onderwijs geven had ik namelijk al onder de knie en besturen paste niet bij mij, althans dat was wat ik toen dacht. En zo viel mijn keuze op wetenschappelijk onderzoek.

Het vinden van een geschikt onderwerp was niet moeilijk, want mijn hart ligt bij de psychiatrie. Je zou zelfs kunnen zeggen dat ik ben opgegroeid in de psychiatrie. Mijn vader was zenuwarts en zijn patiënten dwaalden soms door ons huis. Ik vond het spannend om hem samen met mijn moeder, die huisarts was, af te halen van de St. Jozef Stichting in Apeldoorn. Daar liep de broeder in zijn bruine pij, met een grote rammelende sleutelbos. Wij moesten door de gesloten afdeling - een zaal met aan weerszijden een lange rij bedden - om bij de werkkamer van mijn vader te komen.

Deze beelden behoren tot het verleden. De extramurale behandelingsmogelijkheden van mensen met psychische stoornissen zijn toegenomen en we leven in een tijdperk met andere idealen. Het zelfbeschikkingsrecht staat hoog in het vaandel. Elk mens is tegenwoordig zelf verantwoordelijk voor zijn individuele ontplooiing en geluk. Deze Westerse opvatting heeft de gezondheidszorg sterk beïnvloed. Artsen zijn het opvangen van verstoringen in het geestelijke welbevinden als een taak binnen hun werkveld gaan rekenen. In de eerstelijns gezondheidszorg wordt daarom toenemend aandacht besteed aan depressie, angst en lichamelijk onbegrepen klachten. Ook in de huisartsenopleiding is het exploreren van de hulpvraag een belangrijk onderwerp geworden. Het is immers van belang dat de mondige patiënt als zorgconsument zelf zijn hulpvraag kan formuleren en dat de huisarts zijn zorgaanbod daarop afstemt.

De ‘echte’ psychiatrie is echter in de schaduw komen te staan. Er is weinig nascholing op dit gebied, en er zijn geen richtlijnen voor huisartsen. Dat is jammer. Met hun geneeskundige zorg zouden huisartsen namelijk een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het stimuleren

van de zelfsturing van de patiënt enerzijds, en het compenseren van de ontbrekende delen in deze zelfsturing anderzijds. Het ontwikkelen van competenties – met aandacht voor kennis, vaardigheden en houdingsaspecten - om deze balans goed in praktijk te kunnen brengen, kan het vak extra verdieping geven en een positieve uitstraling hebben op de totale beroepsuitoefening. Vanuit deze gedachte en mijn passie voor het onderwerp ben ik aan dit promotieonderzoek begonnen, in de hoop daarmee een bijdrage te leveren aan een kwaliteitsverbetering van de zorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Daarnaast hoop ik hiermee aan huisartsen te kunnen laten zien hoe leuk dit onderdeel van het werk kan zijn!

Inhoud

1. Inleiding.	9
2. Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen. <i>Klinische les</i>	13
3. Hoe ervaren huisartsen de zorg voor psychotische patiënten? <i>Kwalitatief onderzoek</i>	23
4. Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts. <i>Kwantitatief onderzoek</i>	40
5. Hoe betrouwbaar is de registratie van psychotische stoornissen in het huisartseninformatiesysteem? <i>Dossieronderzoek</i>	58
6. Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit? <i>Databestandonderzoek</i>	62
7. Opvang van de nabestaanden na een suïcide. <i>Klinische les</i>	72
8. Gezondheidsproblemen bij schizofreniepatiënten en de zorg van de huisarts. <i>Literatuuronderzoek</i>	82
9. Gezondheidsproblemen en zorggebruik van patiënten met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk. <i>Databestandonderzoek</i>	101
10. Algemene beschouwing.	118
Summary / Samenvatting	127
Dankwoord	133
Curriculum Vitae	136
Publicatielijst	

Hoofdstuk 1

Inleiding

Geestelijke gezondheidszorg is de beroepsmatige zorg die wordt verleend aan mensen met een psychische stoornis. Deze zorg is gericht op het herstellen van het psychische evenwicht en het zo draaglijk mogelijk maken van de psychische stoornis voor de patiënt (v/m) en naastbetrokkenen. De huisarts (v/m) heeft in dit kader de taak om te signaleren, steun te bieden, en te behandelen. Daarnaast doet de huisarts, als poortwachter in de zorg, de triage naar de tweede- en derdelijns geestelijke gezondheidszorg.

De afgelopen jaren heeft de huisartsgeneeskunde veel belangstelling getoond voor het onderkennen en behandelen van depressies, angststoornissen en lichamelijk onbegrepen klachten. Ernstige psychische stoornissen stonden in de schaduw hiervan, terwijl huisartsen juist bij deze stoornissen een belangrijke ondersteunende taak kunnen vervullen, met name bij het herstellen en bewaken van het psychische evenwicht en het verbeteren van de lichamelijke gezondheid. Dit kunnen zij doen door deze patiënten laagdrempelig te helpen, hen op hun kracht aan te spreken, aan te moedigen om goed voor zichzelf te zorgen, en gezondheidsproblemen tijdig op te sporen en te behandelen. Op deze manier kunnen huisartsen een belangrijke bijdrage leveren aan de rehabilitatie - revalidatie en eerherstel - van mensen met een psychische stoornis. Rehabilitatie wordt namelijk verkregen door het trainen van vaardigheden, het compenseren van beperkingen en het inzetten van hulpbronnen. De huisarts kan hierbij als een van de hulpbronnen fungeren.

Dit geldt eveneens voor de psychiatrische patiënten die niet in tweedelijnszorg worden behandeld en voor wie de huisarts en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) het laatste vangnet zijn. Aan deze patiëntengroep kan de huisarts de nodige palliatieve psychiatrische zorg verlenen. De huisartsenpraktijk biedt hiertoe allerlei interventiemogelijkheden, zoals het bieden van steun en begeleiding bij chronische stoornissen, het bevorderen van de zelfverzorging, het monitoren van de algemene lichamelijke conditie, het voorkomen van bijkomende gezondheidsschade, het informeren over mogelijke hulpbronnen, en het ondersteunen van naaste familieleden.

Huisartsen zijn gewend om veel te zorg te besteden aan patiënten met chronisch somatische aandoeningen en hen te leren omgaan met hun gezondheidsproblemen, zodat zij ondanks de ziekte toch een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden en aan het maatschappelijke leven

kunnen deelnemen. Bij de huidige zorg voor patiënten met een chronisch psychiatrische aandoening lijkt dit minder het geval te zijn. In dit onderzoek gaan we er dan ook van uit dat zowel de psychische als de somatische huisartsenzorg aan mensen met een ernstige psychische stoornis kan worden verbeterd .

Ernstige psychische stoornissen - in de wetenschappelijke literatuur ook wel aangeduid als 'severe mental disorders' - bestaan uit meerdere categorieën. Hierbij gaat het om psychotische stoornissen zoals schizofrenie en waanstoornissen, schizoaffectieve stoornissen, ernstige stemmingsstoornissen zoals psychotische depressies en bipolaire stoornissen, extreme en langdurige angst en (comorbide) persoonlijkheidsstoornissen.

Huisartsen ervaren een kennisachterstand als het gaat om deze psychiatrische aandoeningen.¹ In de eerste lijn wordt weinig nascholing geboden over chronisch psychiatrische stoornissen. Naast verbetering van kennis, is er ook ruimte voor verbetering van een juiste attitude, herkenning en communicatieve vaardigheden. Professionele vorming is voor huisartsen belangrijk, zij onderhouden immers een jarenlange relatie met hun patiënten. Weliswaar is de hoeveelheid tijd die de huisarts en patiënt samen kunnen doorbrengen beperkt, maar de inhoud van deze contacten bepaalt wel de kwaliteit van de zorg.

De patiënt consulteert de huisarts op de momenten dat hij zich kwetsbaar voelt, onzeker of ongerust is. Opmerkingen of de houding van de huisarts kunnen op dergelijke momenten door de patiënt als door een vergrootglas worden waargenomen en gewaardeerd. Patiënten met psychotische stoornissen, maar ook patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, zijn extra gevoelig voor de aan- of afwezigheid van een emotionele lading binnen het professionele gedrag van de huisarts. Het is belangrijk dat de huisarts zich hiervan bewust is, zodat hij ruimte kan scheppen waarin de patiënt zich vrij voelt om over zijn probleem in gesprek te gaan. Empathie betekent ook afstand houden en op tijd een neutrale houding aannemen, als dit nodig is om de patiënt geen stress te bezorgen.²

Persoonlijke kenmerken als vriendelijkheid, geduld, vertrouwen uitstralen en goed kunnen luisteren zijn eigenschappen die patiënten in hun huisarts waarderen en die bijdragen aan de patiënttevredenheid. Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten met ernstige psychische stoornissen veel waarde hechten aan continuïteit in de zorg en een optimistische houding van de huisarts.¹ De meeste psychiatrische patiënten weten dat zij nooit helemaal zullen genezen. Juist voor deze patiënten geldt dan ook dat het streven naar haalbare doelen, binnen de mogelijkheden van de patiënt, kan leiden tot een verbetering van de gezondheid en een toename van het zelfvertrouwen.

Er is in Nederland nog veel onduidelijkheid over de organisatie van de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen. Als gevolg hiervan bestaan er grote regionale variaties in de taakverdeling tussen de eerste en tweede lijn. De rol van de huisarts is niet helder omschreven en daarom vrijblijvend. Een richtlijn met betrekking tot organisatie en inhoud van de zorg ontbreekt, terwijl een duidelijke beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden van de huisarts juist houvast kan bieden voor het verbeteren en toetsen van de kwaliteit van de zorg. Ook kan een richtlijn voor huisartsen dienen als bouwsteen voor het ontwikkelen van beleidsmatige, organisatorische en financiële afspraken.

Ter voorbereiding van het formuleren van deze richtlijn zijn wij nagegaan hoe huisartsen zelf denken over de zorg aan patiënten met ernstige psychische stoornissen. Hoe ervaren zij deze zorg? Op welke knelpunten stuiten zij? Hoe handelen zij en wat zijn hun preferenties? In dit onderzoek richtten we ons met deze vragen specifiek op de huisartsenzorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen, in zowel de stabiele als in de acute fase, en op de zorg van de dienstdoende huisartsen bij levensbedreigende acute psychiatrie.

De vraagstelling heeft zich in de loop van het onderzoek uitgekristalliseerd in de volgende drie centrale vragen:

Welke zorg willen huisartsen verlenen aan patiënten met ernstige psychische stoornissen, en tegen welke problemen lopen zij hierbij op?

Hoe gaan huisartsen om met crisissituaties zoals suïcidaliteit?

Hebben patiënten met psychotische stoornissen specifieke gezondheidsproblemen, en zo ja, hoeveel aandacht besteden huisartsen hieraan?

Het begint in hoofdstuk 2 met een klinische les waarin drie patiënten worden beschreven met een psychotische decompensatie in het kader van schizofrenie, een bipolaire stoornis, en een psychotische depressie. Hierbij gaan we vervolgens in op de rol van de huisarts in de acute fase van een psychotische terugval.

In hoofdstuk 3 staat een verslag van een kwalitatief onderzoek dat we met behulp van focusgroepen hebben uitgevoerd om te inventariseren welke opvattingen huisartsen hebben en welke problemen zij ondervinden in de zorg aan psychotische patiënten. Centrale vraag hierbij was: welke variabelen zijn van invloed op de zorg van de huisarts voor psychotische patiënten, in zowel de acute als de chronische fase? Dit onderzoek leverde veel informatie op maar was niet generaliseerbaar naar de gehele beroepsgroep. Om die reden hebben we een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van de Nederlandse huisartsen met dezelfde vraagstelling. De uitkomsten hiervan staan in hoofdstuk 4.

In hoofdstuk 5 laten we zien dat het correct registreren van een psychiatrische diagnose in het huisartsen informatiesysteem (HIS) een aantal specifieke problemen oplevert.

In hoofdstuk 6 beschrijven we een inventarisatie van de manier waarop dienstdoende huisartsen omgaan met suïcidaal gedrag in het kader van het zorgdoel schade te voorkomen. Hierbij bieden we een korte samenvatting van de interventies die huisartsen binnen hun mogelijkheden kunnen toepassen. Deze interventies vormen een goede basis voor de scholing van huisartsen (in-opleiding) en het ontwikkelen van meer kennis over de effectiviteit van deze interventies in een prospectief onderzoek.

Hoe goed een huisarts ook zijn best doet om patiënten met ernstige psychische stoornissen te helpen, een suïcide is nooit helemaal te vermijden. Een geslaagde suïcide in de eigen patiëntenpopulatie is emotioneel een zware belasting en roept allerlei gevoelens op, waaronder die van gefaald hebben.³ Tegelijkertijd staat de huisarts op dat moment echter voor de opgave om de nabestaanden zo goed mogelijk bij te staan.

In hoofdstuk 7 beschrijf ik samen met Marieke de Groot in een klinische les hoe de huisarts in de eerste fase na een suïcide de familie op een goede manier kan bijstaan.

In hoofdstuk 8 beschrijven we een literatuuronderzoek over de vraag met welke gezondheidsproblemen de huisarts rekening dient te houden bij deze risicopatiënten. Dat gebeurde aan de hand van de volgende twee vragen. Wat is de prevalentie van somatische comorbiditeit bij schizofreniepatiënten? En wat is er bekend over de diagnostiek en de behandeling van deze patiëntengroep in de eerste lijn?

Tot slot onderzochten we voor hoofdstuk 9 de incidentie van gezondheidsproblemen van de indexgroep ‘patiënten met psychotische stoornissen’, en vergeleken de resultaten met een op leeftijd en geslacht gemaakte controlegroep met andere psychische problemen en een op leeftijd en geslacht gemaakte controlegroep zonder psychische problemen. Ook werd het aantal verrichtingen en verwijzingen voor drie chronische somatische ziekten, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en astma / COPD, geanalyseerd.

Literatuur

1. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330:1122.
2. Van Staveren-Boer R. Empathie bij de psychiatrische patiënt. *Huisarts en Wetenschap* 2006; 49:628-631.
3. Halligan P, Corcoran P. The impact of patient suicide on rural general practitioners. *Br J Gen Pract.* 2001; 51:295-296.

Hoofdstuk 2

Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen

MJT Oud en J Schuling:

Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2002;146: 297-700

Samenvatting

Patiënten die eerder een psychose hebben doorgemaakt, zijn kwetsbaar voor een recidief. In een klinische les wordt aan de hand van drie patiënten beschreven hoe de huisarts signalen kan ontvangen, van de patiënt zelf of van zijn familieleden, die kunnen wijzen op een psychotische terugval. Twee patiënten bleken hun medicatie gestopt te hebben, bij de derde patiënt was de psychose uitgelokt door stressvolle levensgebeurtenissen. Om subtiele signalen die wijzen op een psychose in een vroege fase te kunnen herkennen, is een regelmatig contact met de patiënt en kennis van diens leefomstandigheden een voorwaarde. Een proactieve houding van de huisarts en een goede overdracht in waarneemsituaties is hiervoor ook van belang. De bereidheid van de patiënt om zich te laten behandelen kan soms samenhangen met de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie.

Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen

Inleiding

De afgelopen twintig jaar vond de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten in toenemende mate buiten het ziekenhuis plaats. Zorg binnen de maatschappij biedt deze groep patiënten de mogelijkheid een volwaardiger leven te leiden, mits zij zich in de maatschappij kunnen handhaven en in crisissituaties adequaat behandeld worden. Deze verschuiving van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten naar buiten het ziekenhuis kan tot gevolg hebben dat er bij problemen een beroep wordt gedaan op de huisarts.

In deze klinische les bespreken wij patiënten bij wie in de voorgeschiedenis de diagnose 'schizofrenie' of 'bipolaire stoornis' door de psychiater is vastgesteld. De prevalentie van chronisch verlopende psychose in de huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 10 patiënten per huisartsenpraktijk. De incidentie van een nieuwe episode is bij schizofrenie 0,2-0,4 per jaar, bij de affectieve psychose 0,3 per jaar.^{1,2} Ook al komt een psychotische decompensatie in de huisartsenpraktijk niet frequent voor, de gevolgen daarvan zijn groot. Zowel de patiënt als zijn of haar omgeving is ontredderd. De hulpvraag heeft daarom vaak een spoedeisend karakter. Het beoordelen van de toestand van de patiënt en het goed afhandelen van de crisisinterventie kosten veel tijd. Daarbij komt de vraag vaak op een voor de huisarts ongelegen moment. Aan de hand van drie patiënten willen wij u laten zien hoe de huisarts bij signalen van een psychotische decompensatie het beloop gunstig kan beïnvloeden, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

Casuïstiek

Patiënt A, een alleenstaande man van 45 jaar, heeft een academische opleiding en is werkzaam als boekhouder, gedetacheerd via een sociale werkvoorziening. In zijn voorgeschiedenis vonden diverse opnamen plaats in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, waaronder twee door middel van een inbewaringstelling. Op 30-jarige leeftijd werd tijdens de derde opname de diagnose 'schizofrenie' gesteld. Patiënt gebruikt haloperidol (Haldol) 7,5 mg 's avonds als onderhoudsmedicatie. Er is een meerjarige huisarts-patiëntrelatie. De huisartsenzorg bestaat uit een 3-maandelijks consult, waarin aandacht besteed wordt aan het

welbevinden van patiënt, zijn leefsituatie en de voortzetting van zijn antipsychotische medicatie. Slechts sporadisch bezoekt patiënt zijn huisarts wegens een somatische klacht.

Echter, op zekere dag verschijnt patiënt in verwarde toestand in de huisartsenpraktijk. Hij heeft een verwilderde gelaatsuitdrukking en ziet er voor zijn doen onverzorgd uit. De doktersassistente ziet dat er iets serieus met hem mis is en laat patiënt weten dat hij mag wachten en direct door de huisarts gezien zal worden. Als patiënt wordt opgehaald uit de wachtkamer, blijkt hij zojuist het pand te hebben verlaten. De huisarts holt naar buiten en kan hem nog net terugroepen. Aan de woeste grimas en houterige bewegingen herkent de huisarts de psychose. Uit het gesprek blijkt dat de patiënt met zijn medicatie gestopt is; hij geeft als reden op dat hij een 'normaal' leven wil leiden zonder medicijnen. De huisarts doet een dringend appèl op hem om de medicatie te hervatten teneinde een 'gezond' leven te kunnen leiden.

Patiënt laat zich door de huisarts overreden en neemt tijdens het consult haloperidol 10 mg; hij krijgt een recept mee en een instructie op schrift, die hij op een goed zichtbare plek zal neerleggen (hij zal de instructie op de spiegel boven zijn wastafel plakken). Voor de volgende dag wordt een controleafspraak gemaakt; daarbij wordt overeengekomen dat de huisarts poolshoogte komt nemen als patiënt niet op de afgesproken tijd mocht verschijnen. Er ligt een reservesleutel bij de buurvrouw, die de huisarts eventueel mag gebruiken.

Daags daarop komt de patiënt op de afgesproken tijd op het spreekuur. Hij draagt schone kleren en heeft weer zijn gangbare, wat vlakke mimiek. Het gesprek verloopt nog met weinig woorden. Bij een tweede vervolgconsult, enkele dagen later, blijkt de patiënt weer de oude te zijn, en kan hij de luxerende factor verhelderen: hij heeft twee weken vakantie en mist derhalve een daginvulling; ook heeft hij hierdoor al dagen geen mens gesproken en voelt hij zich eenzaam. De medicijnen waar hij bij het intreden van de lente al vaker weerstand tegen had, leken hem overbodig. Na 3 consulten blijkt patiënt zijn gangbare leven weer opgepakt te hebben en in overleg worden de 3-maandelijkse controleafspraken hervat. Via de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt patiënt de mogelijkheid van dagbesteding tijdens vakantieperioden aangereikt.

Patiënt B, een 48-jarige alleenstaande vrouw, is gescheiden en heeft twee volwassen kinderen. Sinds haar 25e jaar is zij bekend in de psychiatrie met als diagnose 'bipolaire stoornis met vooral manische episoden', waarvoor diverse opnamen hebben plaatsgevonden.

De laatste manische episode was 8 jaar geleden; sindsdien gebruikt patiënte carbamazepine 200 mg 3 dd als onderhoudsmedicatie. Zij is nu 3 jaren in de praktijk; haar medische

voorgeschiedenis staat genoteerd in de probleemlijst van het elektronisch medisch dossier; dit verschijnt bij elk contact als eerste in het beeldscherm. Zij bezoekt tenminste een keer per twee maanden het spreekuur, met doorgaans een somatische of psychosomatische klacht als reden voor haar bezoek. In de loop der jaren is er een huisarts-patiëntrelatie ontstaan waarin zij vertrouwelijk over haar wel en wee kan praten. Er vinden geen vaste begeleidingsafspraken plaats; patiënte beschouwt zichzelf niet als een chronisch psychiatrische patiënt. Toch bestelt zij wel altijd tijdig een herhaalrecept voor de carbamazepine.

Op een gegeven moment belt zij in de nachtdienst naar de dienstdoende huisarts met een onduidelijke hulpvraag over haar opgezette buik, zo blijkt de volgende dag uit het waarneembericht.

Twee dagen later belt de dochter naar de huisarts: moeder is weer druk, zij belt 's nachts frequent de familie en verkeert in de waan zwanger te zijn. De huisarts spreekt met de dochter af om samen in de namiddag een visite bij moeder af te leggen; de dochter zal hiervoor overkomen uit een naburige stad. De arts treft patiënte in opgewonden en ruzieachtige stemming aan. Woorden lijken haar niet te bereiken, maar ondanks de manische stemming blijkt zij wel ontvankelijk te zijn voor een non-verbale benadering van de huisarts; met een stevige hartelijke arm om haar heen slaat de woede om in huilen en komt het gesprek alsnog op gang. Zij vertelt dat zij haar onderhoudsmedicatie heeft laten staan, omdat zij er dik van is geworden. Gezamenlijk lukt het de huisarts en de dochter om patiënte te motiveren voor behandeling. Na overleg met de dienstdoende psychiater krijgt zij zuclopentixol 10 mg 3 dd voorgeschreven. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de acute psychiatrie legt een huisbezoek af. Patiënte wil niet worden opgenomen, maar is wel bereid tot medicamenteuze behandeling en follow-up; deze behandeling wordt overgenomen door de psychiater.

In twee weken tijd vindt patiënte geleidelijk aan binnen haar eigen leefomgeving haar psychische evenwicht terug. Nadat zij weer goed is ingesteld op carbamazepine, kan de zuclopentixol worden uitgesloten. Inmiddels gaat het al weer enkele jaren goed met haar.

Patiënt C, een alleenstaande vrouw van 51 jaar, is gescheiden en haar 20-jarige zoon is een paar maanden geleden uit huis getrokken en zelfstandig gaan wonen. Patiënte is bekend wegens recidiverende ernstige depressies in het kader van een bipolaire stoornis. Zij heeft diverse psychiatrische opnamen gehad, vaak naar aanleiding van een tentamen suïcidii. De huisarts kent patiënte nu 4 jaar. In deze periode hebben zich geen psychische decompensaties voorgedaan. Wel heeft de arts enkele huisbezoeken afgelegd in verband met exacerbaties van

chronisch obstructieve longziekte. Patiënte heeft een maandelijks gesprekscontact met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de polikliniek van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Als stemmingsstabilisator gebruikt zij lithium en fluvoxamine; de recepten daarvoor herhaalt zij via de huisarts.

Op een zondagochtend belt patiënte het spoednummer van de huisarts. Het toeval wil dat deze weekenddienst heeft. Patiënte lijkt opgelucht als zij hoort dat de eigen huisarts dienst heeft, want zij voelt zich niet goed, maar kan niet aangeven wat er aan de hand is. De huisarts belooft in de loop van de dag langs te komen. Na een kort spreekuur rijdt zij naar patiëntes huis, maar dat blijkt leeg te staan. Zij is verhuisd. Het nieuwe adres is niet te achterhalen. Aan het eind van de dag belt de zoon, die door zijn moeder gealarmeerd is; hij zegt dat er geen land met haar te bezeilen is en vraagt of de huisarts kan komen. Zijn moeder woont sinds enkele weken in een woongemeenschap voor oudere mensen. De huisarts staat nu binnen een kwartier bij patiënte op de stoep. De zoon opent de deur. Patiënte zit op de bank, zij is zeer geagiteerd en weigert een gesprek, want zij is alle vertrouwen in haar huisarts kwijt. Zij is ervan overtuigd dat zij haar nieuwe adres heeft doorgegeven. Het lukt niet om met haar in contact te komen. De huisarts schakelt de 24-uursdienst van de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in en de dienstdoende assistent-geneeskundige legt vervolgens ook een huisbezoek af. De psychiater neemt de behandeling op zich, aanvankelijk ambulante. De psychotische decompensatie blijkt geluxeerd te zijn door het uit huis gaan van de zoon en door de niet uitgekomen verwachtingen ten aanzien van haar nieuwe woonsituatie.

Tijdens de manische fase bezocht patiënte nog eenmaal haar huisarts. Zij kwam voor een uitstrijkje en om te melden dat zij besloten had van huisarts te veranderen. Ook wilde zij graag een advies naar welke dokter zij het beste kon overstappen. Dit kreeg zij. Aansluitend aan de manische fase werd patiënte ernstig depressief, hetgeen uiteindelijk tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis heeft geleid. Tenslotte is patiënte weer teruggekeerd naar haar nieuwe thuissituatie.

In deze casussen worden patiënten beschreven met invaliderende psychiatrische ziektebeelden. Zij leiden een zelfstandig leven binnen een sober sociaal netwerk.

Tijdens de psychose wordt op een niet-gebruikelijke wijze de behoefte aan hulp bij de huisarts gedeponeerd: patiënt A komt onaangekondigd binnenlopen en vertoont verward gedrag, patiënt B en patiënt C zoeken telefonisch contact via een ongerichte en onherkenbaar verpakte hulpvraag. Bij patiënt B en C raken naaste familieleden gealarmeerd en bij beide patiënten

neemt een kind het initiatief tot het inschakelen van de huisarts. Bij patiënt A grijpt de huisarts actief in door hem terug te halen van de straat en enige drang op hem uit te oefenen om zijn medicatiegebruik te hervatten. Vervolgens bouwt de huisarts zekerheden in omtrent de follow-up.

In de werkrelatie met patiënt A is de huisarts deel geworden van zijn steunsysteem. Patiënt A had zichzelf tijdens een eerdere psychose ernstig geautomutileerd. Naar aanleiding hiervan heeft hij een schriftelijke verklaring opgesteld waarin hij de huisarts toestemming verleent om in te grijpen bij een recidiefpsychose. Bovendien heeft hij daartoe een reservesleutel bij de buurvrouw neergelegd.

Bij patiënt B kost het meer moeite om een vorm van communicatie tot stand te brengen. Met woorden lukt het niet, maar een gebaar raakt patiënte wel. Deze non-verbale poging om contact te maken valt buiten de gangbare doktersrol; met dit laatste redmiddel kon de huisarts appeleren aan de eerder gegroeide vertrouwensrelatie en patiënte ontvankelijk maken voor communicatie. In samenspraak met patiënte en de gespecialiseerde GGZ wordt een behandelplan opgesteld.

Met patiënt C komt geen contact tot stand. De huisarts heeft niet aan patiëntes verwachtingen voldaan en heeft haar krediet verspeeld. De interventie van de huisarts bestaat uit een directe overdracht naar de gespecialiseerde GGZ. Nadien blijkt de relatie tussen patiënt en huisarts blijvend verstoord te zijn.

Farmacotherapie

In de behandeling van patiënten met een chronisch verlopende psychose is de farmacotherapie een belangrijke pijler.^{3,4} Medicamenteuze therapietrouw is voor de patiënt vaak een voorwaarde om psychosociaal en maatschappelijk te kunnen functioneren. Daarnaast weten wij dat deze patiënten bij stress en instabiliteit in hun leefsituatie psychisch erg kwetsbaar zijn. Door een meer of minder ingrijpende gebeurtenis in hun leven verliezen zij de greep op de realiteit en kunnen zij in een psychose raken.⁵ Bij een dergelijke decompensatie doet de patiënt of zijn leefomgeving een beroep op de huisarts om in te grijpen.

Herkennen van signalen van decompensatie, ook door waarnemers

In zijn of haar verwardheid is de patiënt echter onvoldoende in staat om op adequate wijze een hulpvraag te formuleren. De signalen die de patiënt uitzendt, kunnen weinig specifiek zijn. Het kan dan lastig zijn om dergelijke signalen op hun juiste waarde te schatten, zeker als het de eerste keer is of als het signaal weinig alarmerend is. Echter, in de loop der jaren leert

de huisarts de patiënt en diens signalen steeds beter kennen en interpreteren. Bij gebeurtenissen in de avond- en weekenddiensten is derhalve een goede overdracht naar de waarnemer belangrijk om deze opmerkzaam te maken op het bestaan van onrust. Door het totaaloverzicht waarover de huisarts beschikt en diens lage toegangsdrempel voor de patiënt en zijn naaste omgeving, krijgt de huisarts kansen geboden om in te grijpen. En door vroegtijdig ingrijpen kan totale psychische desintegratie worden voorkomen. Bij sommigen van deze patiënten is de huisarts in de loop der jaren deel geworden van het steunsysteem.

Actief interveniëren

Het interveniëren bij ontregelde chronisch psychiatrische patiënten vereist een actieve opstelling van de huisarts. Deze kan of moet zelf het initiatief nemen tot contact, structuur aanbrenge en zekerheden inbouwen omtrent de voortzetting van het behandelcontact, totdat de psychose voorbij is.⁶ Daardoor krijgt de bejegening in acute situaties een sturender karakter dan doorgaans gebruikelijk is bij chronische somatische ziektebeelden.⁷

Met sommige chronisch psychiatrische patiënten is het goed mogelijk om in de periode dat zij in goeden doen zijn alvast afspraken te maken omtrent het beleid dat de huisarts kan inzetten om in te grijpen bij een volgende terugval; vooral direct na een doorgemaakte psychose is dit voor de patiënt actueel en bespreekbaar. Wij kunnen patiënten leren om vroege symptomen van een psychose te herkennen en vroegtijdig hulp te zoeken; dit leidt tot een aanzienlijk gunstiger beloop.⁸

Er zijn chronisch psychiatrische patiënten die weerstand hebben tegen de rol van psychiatrische patiënt. Als de intervallen tussen exacerbaties vele jaren beslaan, vermindert bij deze patiënten ook de motivatie tot het continueren van de behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Door sommige patiënten wordt de huisarts wel als begeleider geaccepteerd – dat is een contact met een minder confronterend karakter – en kan er een verschuiving van de zorg naar de eerste lijn plaatsvinden. De huisarts zal de patiënt met enige regelmaat moeten zien om zich een actueel beeld van de patiënt en zijn leefomgeving te blijven vormen. Zorg door de huisarts biedt deze patiënten een laagdrempelige hulpverlening met een niet-stigmatiserend karakter. De consulten zijn kort en bevatten vaak structurerende adviezen. De huisarts beschikt via het elektronisch medisch dossier over een goed overzicht omtrent de medische voorgeschiedenis, de aanwezige co-morbiditeit en de voorgeschreven medicatie.

In Nederland is door de beroepsgroep der huisartsen geen richtlijn ontwikkeld met betrekking tot het controlebeleid bij chronisch verloopende psychosen. De gebruikelijke gang van zaken is

dat de patiënt met een lichamelijke hulpvraag als contactreden bij de huisarts komt en dat de huisarts tijdens het consult ook naar het psychische welbevinden en de dagelijkse activiteiten informeert. De geboden huisartsenzorg bestaat dan uit een combinatie van somatische en psychische zorg. In de consulten is het uitgangspunt van de huisarts de patiënt de beperkingen te leren accepteren en hem daarmee te leren omgaan. Ook besteedt de huisarts vaak aandacht aan de stabiliteit in de leefsituatie. Als er meerdere gezinsleden zijn, krijgen ook deze aandacht en zorg van de huisarts.

Voorwaarden voor verschuiving naar de eerste lijn

Er is echter een categorie patiënten met een chronisch verlopende psychose die niet (meer) een regulier contact met de gespecialiseerde GGZ onderhoudt. Voor sommigen uit deze categorie kan de huisarts in diens rol als centrale hulpverlener de zorg overnemen. Met een laagfrequent ‘terug bestelbeleid’ kan de huisarts zich informeren over de psychische en sociale toestand van de patiënt en ook kan de huisarts dan aandacht besteden aan de therapietrouw.⁹ Deze verschuiving van zorg naar de eerste lijn is alleen mogelijk als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Allereerst moet de patiënt bereid zijn om mee te werken aan het behandelplan. Deze bereidheid hangt doorgaans samen met de kwaliteit van de huisarts-patiëntrelatie. Daarnaast is het van belang dat er een steunsysteem aanwezig is dat als intermediair kan optreden bij ontsporing en dat medewerking wil verlenen aan een behandelplan.

Bij onvoldoende mantelzorg dient de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige ingezet te kunnen worden om een steunend en structurerend contact te bieden alsook om meer zicht en zekerheid te kunnen garanderen ten aanzien van het beloop.

Naast de genoemde patiëntgebonden, zijn er ook artsgebonden voorwaarden: de huisarts dient kennis te hebben van chronisch-psychiatrische ziektebeelden en te beschikken over relevante gegevens uit de medische voorgeschiedenis door deze in de probleemlijst van het elektronisch medisch dossier te noteren.⁹ Daarnaast dient de huisarts gevoelig te zijn voor signalen die kunnen wijzen op een ontregeling; hieronder valt ook geïnformeerd worden door de doktersassistent over afwijkend gedrag aan telefoon of balie. De huisarts moet actief willen interveniëren en heeft toegang tot een goede samenwerking met de gespecialiseerde GGZ.

Samenwerking met de GGZ

Aan een complementaire samenwerking tussen de huisarts en de gespecialiseerde GGZ kan op diverse manieren vormgegeven worden. Daarbij moet het voor patiënt en arts helder zijn

wie de regie van welk deel van de behandeling op zich neemt. Het belang van de patiënt is hierin bepalend. Verwijzing naar de psychiater kan tot doel hebben een goede diagnose of een advies ten aanzien van de behandeling te verkrijgen, maar kan ook bedoeld zijn om de zorg over te dragen. Onder overname van de behandeling valt intensieve psychiatrische thuiszorg of een crisisopname. Bij ambulante therapie spreken de specialist en de huisarts af wie de prescriptie doet.

Als de behandeling tijdens een psychotische episode wordt overgedragen aan de gespecialiseerde GGZ, is het wenselijk dat er na stabilisatie van de patiënt een kort overleg plaatsheeft tussen de huisarts en de psychiater, waarin afspraken worden gemaakt omtrent de nazorg en het langetermijnbeleid.

Dames en Heren, de zorg voor ambulante patiënten met een chronisch verlopende psychose vraagt om een anticiperende opstelling van de huisarts, want bij een tijdige signalering van een decompensatie kan deze met eenvoudige interventies het beloop gunstig beïnvloeden.

Literatuur

1. Okkes JM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartsenpraktijk. Bussum: Coutinho; 1998.
2. Werf GT van der, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts. Groningen: Universitaire Drukkerij Groningen; 1998.
3. Bosch RJ van den, Louwerens JW, Slooff CJ. Behandelingsstrategieën bij schizofrenie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1997.
4. Nolen WA, Knoppert-van der Klein EAM, Hartong EGTM. Behandelingsstrategieën bij de manisch-depressieve stoornis. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1996.
5. Wolf J. Oude bekenden van de psychiatrie. Groningen: Stichting Welzijnspublicaties Groningen; 1990.
6. Jenner J. Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie. 2^e druk. Assen: Van Gorcum; 1995.
7. Henselmans HWJ. Bemoeizorg: ongevraagde hulp voor psychotische patiënten [proefschrift]. Delft: Eburon; 1993.
8. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999; 318:149-53.
9. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract*. 1997; 47:515-20.

Hoofdstuk 3

Hoe beleven huisartsen het zorgproces aan patiënten met psychotische stoornissen

Gepubliceerd als:

MJT Oud, J Schuling, C Slooff en B Meyboom-de Jong:

How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patient?

BMC Family Practice 2007, 8:37

Samenvatting

Inleiding

Chronische somatische ziekten worden in de huisartsenpraktijk behandeld volgens de richtlijnen van de beroepsgroep. Huisartsen hebben echter geen richtlijnen voor optimale zorg aan patiënten met recidiverende psychotische stoornissen zoals schizofrenie, waanstoornissen, bipolaire stoornissen, en psychotische depressies. Mogelijk dat specifieke problemen bij de behandeling van deze patiënten een belemmering vormen voor het ontwikkelen en implementeren van een dergelijke richtlijn. Dit onderzoek stelt zich ten doel te exploreren waar huisartsen tegen aanlopen als zij zorg verlenen aan patiënten met psychotische stoornissen.

Methode

In een kwalitatieve onderzoeksopzet interviewden wij ervaren huisartsen uit stad en (verstedelijk) platteland in drie focusgroepen. Transcripten van deze gesprekken werden geanalyseerd met behulp van het software programma 'Kwalitan'.

Resultaten

Er werden acht factoren geïdentificeerd, welke invloed hebben op de zorg van de huisarts voor patiënten met psychotische stoornissen. Deze factoren zijn: het toestandbeeld van de patiënt (acuut versus chronisch), emoties van de huisarts, bekwaamheid, professionele houding, patiëntgebonden factoren, familie van de patiënt, praktijkorganisatie, en de samenwerking met de tweede lijn.

Conclusie

De huidige zorg van huisartsen voor patiënten met psychotische stoornissen wordt vooral bepaald door persoonlijke kenmerken van de huisarts en de kwaliteit van de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg. Een kwantitatief onderzoek met behulp van vragenlijsten zal moeten uitwijzen hoe zwaar de gevonden factoren van invloed zijn op de taakopvatting en de werkwijze van de huisartsen.

Hoe beleven huisartsen het zorgproces aan patiënten met psychotische stoornissen

Inleiding

Chronisch recidiverende psychosen behoren tot de ernstige psychiatrische ziektebeelden met grote gevolgen voor de kwaliteit van het leven van zowel de patiënt als diens omgeving. Wanneer de psychotische verschijnselen ernstig genoeg zijn om de omgeving te alarmeren, schakelt de familie vaak als eerste de huisarts in. Meestal is er dan sprake van een dreigende crisissituatie. Als de huisarts de psychose herkent en de patiënt zich laat verwijzen naar de psychiatrie, ontstaat voor de huisarts een rol van betrokkenheid op de achtergrond. Hij blijft geïnformeerd via de berichten van de familie, de signalen van de patiënt, en de brieven van de specialist.

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij lichamelijke klachten. Echter, patiënten met chronische psychosen zijn geen adequate hulpvragers. Zij zijn, in vergelijking met andere patiënten, minder goed in staat om hun eigen belangen te behartigen: zij kunnen lichamelijke signalen niet altijd goed interpreteren, zorgen minder goed voor zichzelf en zijn minder vaardig in het oplossen van hun gezondheidsproblemen. Dit leidt tot een grotere verantwoordelijkheid bij de hulpverleners. Schizofreniepatiënten hebben een hoge comorbiditeit zoals angst, zelfdoding, drugs- en alcoholmisbruik, overgewicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, en andere gevolgen van een ongezonde leefstijl.^{1,2} Kortom, het betreft een categorie chronisch zieken die voor een belangrijk deel zelfstandig woont, en aan wie de huisarts laagdrempelige en langdurige zorg kan bieden. Zoals ook bij vele andere chronische ziekten zou een eerstelijnszorgprotocol voor schizofreniepatiënten de kwaliteit van deze zorg kunnen verbeteren.^{3,4} Het implementeren van een protocol vereist dat de interventies haalbaar zijn en dat huisartsen bereid zijn ze toe te passen. Of, zoals Paul Rowlands stelt: implementeren van een richtlijn heeft waarschijnlijk de beste kans van slagen als deze door de beroepsgroep zelf is ontwikkeld, in overeenstemming met hun denkbeelden, met nadrukkelijke aandacht voor de samenwerking, en gebaseerd op de al aanwezige ‘good practice’.^{5,6}

Echter, onderzoek heeft ons laten zien dat huisartsen weinig belangstelling hebben voor psychotische stoornissen.⁷ En dat deze patiënten in de huisartsenpraktijk niet vaak periodiek lichamelijk gescreend worden.⁸

Een kwalitatief onderzoek werd opgezet om te exploreren welke factoren van invloed zijn op de bereidheid van huisartsen om adequate zorg te verlenen aan patiënten met een hoog risico op psychotische decompensaties, zoals patiënten met schizofrenie of een waanstoornis en patiënten met ernstige affectieve stoornissen zoals de bipolaire stoornissen en psychotische depressies. De resultaten van dit onderzoek waren bedoeld als bouwstenen voor het ontwikkelen van een richtlijn voor huisartsen.

We formuleerden de volgende onderzoeksvraag: welke variabelen beïnvloeden de zorg van de huisarts voor psychotische patiënten, in zowel de acute als de chronische fase?

Methode

Om dit vrijwel onbekende terrein te exploreren hebben wij gekozen voor kwalitatief onderzoek met focusgroepen. Wij wilden zoveel mogelijk aspecten van de zorg belichten (tabel 1) en in het bijzonder aandacht geven aan de problemen die huisartsen ervaren.⁹ Om een zo groot mogelijke verscheidenheid van invalshoeken te scheppen dienden de deelnemende huisartsen te verschillen in sekse, leeftijd en praktijksituatie.¹⁰ Vanwege het belang van voldoende ervaring met de problematiek kozen wij voor een meerderheid van ervaren huisartsen. De selectie geschiedde door ‘purposeful sampling’. Actieve huisartsen met een brede maatschappelijke belangstelling werden uitgenodigd en door een van de onderzoekers (MO) telefonisch gevraagd om deel te nemen. Alle gesprekken werden geleid door dezelfde moderator: een gedragswetenschapper, stafmedewerker verbonden aan de huisartsenopleiding. De gesprekken zijn digitaal vastgelegd en in een tapescript uitgeschreven. Twee onderzoekers (MO en JS) hebben naar eigen inzicht, en onafhankelijk van elkaar, de tekstfragmenten geselecteerd en gelabeld en in thema’s ondergebracht. Bij verschil in interpretaties werd na onderling overleg consensus verkregen over de betekenis van de fragmenten en de indeling in thema’s. De analyse werd uitgevoerd volgens de principes van kwalitatief onderzoek, gebaseerd op de methodologie van de ‘grounded theory’, de gefundeerde theorievorming. Het softwareprogramma Kwalitan werd gebruikt om de tekstsegmenten aan codes te koppelen en in een beslisboom te ordenen.

Tabel 1: Thema's van de vragen in de focusgroepen

Wat zijn uw ervaringen met psychotische patiënten, en hoe beleeft u de zorgverlening aan deze patiënten?

Wat is uw beleid bij een eerste psychose? En bij een recidief psychose?

Hoe is uw kennis van de farmacotherapie bij psychotische patiënten?

Heeft u in uw praktijkorganisatie een eigen beleid ontwikkeld in de begeleiding van patiënten met een chronisch verlopende psychose? Wie onderhoudt het contact?

Werkt u samen met en geeft u begeleiding aan de betrokken familieleden?

Voelt u zich voldoende toegerust voor de zorgverlening aan psychotische patiënten?
En zo niet, op welke terreinen heeft u behoefte aan scholing?

Hoe ervaart u de samenwerking met de tweedelijfn?

In welke mate geeft de zorg voor psychotische patiënten u voldoening in uw werk?

Resultaten

In totaal werden 50 huisartsen benaderd, van wie 19 hun medewerking verleenden (tabel 2). Een groot deel (> 60%) van de benaderde huisartsen vond de tijdsinvestering (90 minuten exclusief reistijd) bezwaarlijk of had weinig affiniteit met het onderwerp.

We organiseerden drie focusgroepen: twee in Groningen, en één in Amsterdam. Na drie bijeenkomsten trad verzadiging op en werden geen nieuwe aspecten naar voren gebracht.

De deelnemers bestonden uit negen vrouwen en tien mannen. Achttien huisartsen hadden een ruime werkervaring, van 7 jaar tot meer dan 25 jaar, één huisarts was waarnemend huisarts. Van de gevestigde huisartsen hadden 13 huisartsen een stadspraktijk, drie praktiseerden op het verstedelijkte platteland, en twee huisartsen werkten in een plattelandspraktijk.

Analyse van de data leverde een achttal rubrieken op: de presentatie van het ziektebeeld, de emoties van de huisarts, de expertise van de huisarts, de werkwijze van de huisarts, de patiëntgebonden factoren, de familie van de patiënt, de organisatie van de huisartsenpraktijk, en de samenwerking met de tweede lijn.

Tabel 2: De deelnemers

Focusgroep 1			
Deelnemer	Geslacht	Jaren werkervaring	Locatie
1	vrouw	20-25	verstedelijkt platteland
2	man	15-20	verstedelijkt platteland
3	man	5-10	stad
4	vrouw	5-10	verstedelijkt platteland
5	man	20-25	stad
Focusgroep 2			
6	man	20-25	stad
7	vrouw	20-25	stad
8	vrouw	5-10	stad
9	man	10-15	stad
10	vrouw	10-15	platteland
11	man	> 25	platteland
12	man	20-25	stad
13	man	20-25	stad
Focusgroep 3			
14	man	20-25	stad
15	vrouw	5-10	stad
16	vrouw	15-20	stad
17	vrouw	20-25	stad
18	man	5-10	stad
19	vrouw	0-5	waarnemend huisarts

De presentatie van het ziektebeeld

Als ik word gevraagd om te komen omdat de situatie onhoudbaar is vanwege het gedrag van zo'n patiënt die een psychose doormaakt, is het meestal een weinig verheffend tafereel wat ik dan aantref, en daarbij is mijn rol als huisarts ook maar uiterst beperkt...meestal vraag ik dan maar gauw de psychiater om te komen. (HA2)

Huisartsen zien een grote verscheidenheid aan presentaties van psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk. De beelden variëren van dramatische crisissituaties tot rustige overzichtelijke toestanden van uitgebluste schizofreniepatiënten, die trouw hun antipsychotische medicatie gebruiken. Huisartsen krijgen te maken met comorbide verslaafde patiënten die dwingend of dreigend gedrag vertonen, ze kennen in de eigen praktijk de patiënten die kwetsbaar zijn voor psychotische depressies, en de opgewonden manische patiënten. Sommige huisartsen refereren ook aan de hoogbejaarde patiënten die hallucineren of paranoïde zijn in het kader van een organisch psychosyndroom, en die veel zorg nodig

hebben. Huisartsen maken een belangrijk onderscheid tussen de acute fase en de chronische fase. De acute psychotische crisis komt weliswaar zelden voor in de huisartsenpraktijk maar heeft een grote impact op de huisarts en op de praktijkorganisatie.

De emoties van de huisarts

Mijn indringendste ervaring was een psychotische vader met een kleine baby, die hij dreigde mee te nemen. De moeder probeerde het kind terug te pakken, in die huiskamer, en ik eh.....ik had de GGZ ingeschakeld en wachtte dus op hulp. (HA7)

De eerste beoordeling van een psychotische toestand is een taak van de huisarts, maar zijn rol in de behandeling is beperkt. Meestal is het de omgeving van de patiënt die hulp zoekt bij de huisarts, en deze reageert door zich op de hoogte te stellen van de psychische toestand van de patiënt aan de hand van de anamnese óf de heteroanamnese en beoordeelt wat hij aantreft. In een crisis tracht de huisarts de leiding te nemen en orde te scheppen. Huisartsen hebben echter weinig ervaring met een crisis bij een psychotische patiënt en voelen zich daardoor snel machteloos en afhankelijk van een adequate reactie van de psychiatrische crisisdienst. In onze focusgroepdiscussies riep de casuïstiek veel herkenning en behoefte aan emotionele steun op. Vooral bij acute crisissituaties voelt de huisarts zich er alleen voor staan. Ervaringen en emoties die de huisartsen hebben opgedaan in een crisis van een bepaalde psychotische patiënt, werken door in hun houding tijdens de begeleiding in de chronische fase van diezelfde patiënt.

En als de patiënt een verwijzing niet wil, dan moet je gewoon toekijken; en als hij ook geen medicijnen wil, dan kun je ook alleen maar toekijken en hopen dat het een beetje rustig blijft... (HA17)

Naast machteloosheid speelt ook angst een rol. Huisartsen zijn bezorgd dat patiënten met een gestoorde agressiehuishouding gewelddadig zullen worden. Zij zijn bang voor hun eigen veiligheid en maken zich zorgen om overlast voor de andere patiënten en verstoringen in de praktijkorganisatie. Eén huisarts zei dat hij alleen al angstig kon worden van de psychotische gedachtewereld van de patiënt.

Jazeker ben ik bang... voor dreigende mensen. Ik had een meneer op mijn spreekuur, die kwam met heel rare klachten. En hij was heel dreigend, zonder dat ie echt geweld gebruikte, ja, dreigend en oninvoerbaar gedrag... (HA6)

Drie huisartsen beamen dat zij ook voldoening beleven aan de zorg voor psychotische patiënten, met name aan het begeleiden in de rustige stabiele fase. Deze voldoening wordt mede bepaald door de kennis die de huisarts heeft van het ziektebeeld, en de toegankelijkheid van de patiënt om er met zijn huisarts over te praten.

Kijk, als hij enige daginvulling heeft, en er is wat goede verzorging, en het loopt niet de spuigaten uit, dan beleef ik daar zelf ook plezier aan: dat het lukt om een bepaalde continuïteit te creëren, daar beleef ik beroepsplezier aan. (HA3)

De expertise van de huisarts

Huisartsen vinden zichzelf in staat om een psychose te herkennen. Echter, bij een eerste psychose kan het even duren voordat het klinische beeld juist geïnterpreteerd wordt. Het plaatsen van een psychotische toestand in een breder diagnostisch kader valt niet onder de competentie van de huisarts. De meeste huisartsen zeggen dat zij geen kennis van DSM-classificaties hebben, en hier ook niet voor gemotiveerd zijn omdat deze classificatie hen geen inzicht verschaft in de problematiek van de patiënt. Zij vinden de diagnostiek een taak van de psychiater. Vooral bij jongere patiënten hechten zij waarde aan uitgebreide diagnostiek. Alle huisartsen verwijzen jonge psychotische patiënten naar de psychiater. Oudere patiënten van wie het toekomstperspectief beperkt is, en die meer baat hebben bij steunende, palliatieve zorg, willen huisartsen wel zelf volgen, zonder diagnostiek van de psychiater.

Van farmacotherapie hebben de meeste huisartsen een beperkte kennis, het instellen op antipsychotische medicijnen bij een schizofreniepatiënt vinden zij het terrein van de psychiater. In de huisartsenpraktijk gaat het vaak om een herstart van de medicatie. Als de ervaring met een eerder antipsychoticum goed was, zal de huisarts dit middel opnieuw voorschrijven. Bij een éérste psychose starten zes van de 19 huisartsen zelf met antipsychotische middelen terwijl anderen geneigd zijn de patiënt direct over te dragen aan de tweedelij. Huisartsen die zelf met de farmacotherapie starten, hopen hiermee te bereiken dat de patiënt stabiliseert en ontvankelijk blijft voor communicatie zodat hij mee wil werken aan een verwijzing naar de specialist.

Je hebt iets opgebouwd met de patiënt en als je daarvan gebruik kunt maken dan moet je dat doen; dat moet je dan niet nalaten want dan laat je een kans liggen. En uitstel van behandeling moet je zo klein mogelijk maken en dus gewoon starten.... (HA3)

Drie huisartsen uitten de wens om vaardigheden te leren in het communiceren met psychotische patiënten: hoe maak ik contact met deze mensen, hoe zeg ik iemand dat zijn oordeel gestoord is, en wat is een goede opstelling?

Schizofrenie is ook een groot contactprobleem, dat is een belangrijk aspect van de ziekte: hoe communiceer ik met die mensen...?

Als ze helemaal in de war zijn dan moet je ze ánders aanpakken.....ánders bevragen dan mensen die coherent denken. (HA7)

De werkwijze van de huisarts

De huisartsenpraktijk biedt een laagdrempelige vertrouwde toegang tot zorg.

Het is een kwestie van aanvoelen en er voor ze zijn. Ik denk dat dit het belangrijkste is wat je als huisarts voor chronisch psychiatrische patiënten kunt betekenen: dat ze bij je kunnen komen en dat ze weten dat jij weet wat er allemaal is gebeurd, en dat ze het niet allemaal hoeven uitleggen...dat ze je kunnen vertrouwen. (HA9)

De huisarts kent de context en achtergrond van de meeste patiënten en is dossierhouder. Bij problemen gaat hij als eerste erop af, en vaak vormt hij het laatste vangnet. Echter, huisartsen zijn gewend om alleen hun weg te zoeken, en zij bespreken hun moeilijke patiënten meestal niet in teamverband.

In de chronische fase verzorgt de assistente de herhaalrecepten en komt de huisarts meestal alleen tot actie als erom gevraagd wordt. Drie huisartsen koppelden de herhaalrecepten aan een afspraak op het spreekuur om de patiënt te kunnen monitoren.

'Nee', zegt mijn assistente dan, 'ik kan je niet zoveel pillen geven.' Het is tijd dat je weer eens met de dokter praat.' Zo doen wij dat, het is een ongeschreven beleid. Ja, gewoon even kijken hoe de dingen gaan...(HA16)

Om een effectieve arts-patiëntrelatie op te bouwen, kiest de huisarts voor een neutrale belangstellende grondhouding. De meeste huisartsen hebben geen actief controlebeleid van patiënten met een chronische psychose, slechts enkele huisartsen bieden laagfrequente vervolgspraken of roepen de patiënt op als het herhaalrecept wordt vergeten.

Patiëntgebonden factoren

Leeftijd en toekomstperspectief van de patiënt spelen een belangrijke rol in het beleid van de huisartsen. Jonge mensen worden altijd verwezen, en mensen die een sociale structuur ontberen worden eerder doorverwezen. Patiënten met een stabiele thuissituatie, waarbij de familie ook een oogje in het zeil houdt, worden minder snel verwezen.

Huisartsen met affiniteit voor de chronisch psychiatrische patiënten voelen zich echter machteloos en ambivalent tegenover de verantwoordelijkheid voor zorgmijdende schizofrenie patiënten die door de maatschappij zijn uitgestoten.

Patiënten die niet in zorg zijn en waar ik me ongerust over maak...en waar niemand meer naar omkijkt, wat moet ik daarmee aan...(HA14)

Huisartsen weten zich geen raad met de categorie patiënten die elke vorm van behandeling afwijst. Ook patiënten met een vijandige houding vermijden ze liever. Er was consensus onder de deelnemers dat agressieve psychotische patiënten een intensieve bemoeizorg van de ambulante psychiatrie behoeven.

De familie van de patiënt

Als huisarts ben je ook de gezinsarts en dat is een sterke troef want je bent erg bij de familie betrokken. Je geeft ze steun en advies over hoe ze met de symptomen om moeten gaan. En dat vind ik een indirecte vorm van begeleiding van de patiënt. (HA1)

De huisarts is een gezinsarts en alle huisartsen rekenen het tot hun taak om de gezinsleden te steunen en te begeleiden. Het is bekend dat familieleden van schizofreniepatiënten onder stress staan en vaker naar de huisarts gaan.^{13, 14} Enkele huisartsen vertelden ons dat zij bij bepaalde patiënten veel energie hadden gestoken in de begeleiding tijdens de acute

psychotische fase. Dit betrof twee situaties waarin ouders wanhopig waren over hun psychotische kinderen, en een gezin met een psychotische moeder waarvan de kinderen in de knel dreigden te komen. De huisarts spande zich in om het evenwicht in de gezinssituatie te herstellen. Daarnaast is het onderhouden van contact met de familie voor de huisarts ook een manier om geïnformeerd te blijven over de toestand van de patiënt, en in samenwerking met gezinsleden lukt het soms afspraken te maken over de therapietrouw en symptomen die wijzen op een terugval vroegtijdig te signaleren.

Organisatie van de huisartsenpraktijk

De huisarts opereert alleen en zonder bescherming. Huisbezoeken en spreekuren op afspraak gaan via een korte termijn planning en de dagen verlopen volgens een vast schema. Een crisis komt vaak onaangekondigd en kost veel tijd. Dit ontregelt de spreekuurorganisatie en veroorzaakt overuren.

Een crisis door een psychose is enorm tijdrovend en verstoort mijn spreekuur. We weten allemaal wat een drukke maandag met zich meebrengt...(HA6)

Om in de thuissituatie grip te krijgen op een psychotische crisissituatie vinden huisartsen het noodzakelijk dat er een arts-patiëntrelatie bestaat waarin redelijk betrouwbare afspraken mogelijk zijn, dat de situatie te overzien is, en dat de tweedelijns GGZ bijstand verleent. Achteraf oordeelden de huisartsen dat de verantwoordelijkheid erg groot was geweest en dat het hun veel tijd had gekost. Een deel van de huisartsen heeft in zijn praktijk de beschikking over een sociaal psychiatrisch verpleegkundige maar deze is meestal niet geschoold in de begeleiding van schizofreniepatiënten.

Tijdens avond- en nachtdiensten verzorgen de huisartsen in grootschalige dienstenstructuren de spoedopvang. De dienstdoende huisartsen kunnen dan contact opnemen met de sociaal-psychiatrische verpleegkundigen van de crisisdienst.

Samenwerking met de psychiatrie

Het onderwerp 'samenwerking met de psychiatrie' veroorzaakte in alle groepen heftige discussies, waarin tevredenheid, frustratie en machteloosheid de revue passeerden. Positieve ervaringen werden te berde gebracht met betrekking tot bereidwillige sociaal-psychiatrische verpleegkundigen van crisisdiensten, die samen met de huisarts probeerden een oplossing te vinden. Overleg met specialisten en een gezamenlijk beleid bepalen werd door de huisartsen

hoog gewaardeerd. Gevoelens van frustratie na een foute inschatting door de tweedelijns bleven lang hangen, vooral bij een huisarts die een beroep deed op de crisisdienst waarbij de boodschap niet goed werd opgepakt.

Soms voel ik me enorm machteloos ten opzichte van de crisisdienst.....dan denk ik.....ik ben al meer dan 15 jaar haar huisarts. Ik spél uit wat er aan de hand is, en er wordt niets gedaan! En dan ben ik wel degene die haar de volgende dag dood op de stoep aantref! (HA16)

Huisartsen ervaren weinig waardering voor hun werk vanuit de tweedelijns. Zij noemen voorbeelden waarin ze zich buitengesloten voelen in het beleid. Eén huisarts was echter zeer tevreden over het noodplan dat de psychiater in samenspraak met de patiënt had opgesteld en waarin hij de eerste contactpersoon bij alarmsignalen was.

Als het nodig is kan ik direct terugvallen op die psychiater, maar vaak red ik me wel alleen met deze patiënten. (HA6)

Als de huisarts en de consulent elkaar persoonlijk kennen, en op de hoogte zijn van elkaars capaciteiten en mogelijkheden in de begeleiding van de patiënt, ontstaat er een basis voor een vruchtbare samenwerking. Sommige huisartsen zeggen dat zij meer aan begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten zouden willen doen mits zij erop kunnen vertrouwen dat zij bij crisissituaties direct kunnen terugvallen op de tweedelijns.

Beschouwing

Continuïteit van zorg gericht op de patiënt en zijn directe omgeving is de basis van de huisartsgeneeskunde. Door gebruik te maken van een systematische en gestructureerde benadering, kunnen huisartsen zorg aan chronische somatische patiënten verlenen. De persoonlijke begeleiding is dan gericht op het bevorderen van de autonomie en het zelfmanagement van de patiënt en zijn directe omgeving en bestaat uit de volgende elementen: monitoren, beoordelen van de lichamelijke en psychische gesteldheid, aandacht geven aan de gevolgen van de ziekte voor de patiënt en zijn familieleden, informatie en uitleg geven, en coördineren van de ketenzorg met andere professionals.

Ons onderzoek laat zien dat huisartsen alle jongere patiënten met een eerste psychose naar de psychiater verwijzen, maar dat zij niet de patiënten met een chronisch verlopende psychose actief en structureel vervolgen, zoals dit wordt aanbevolen in de Engelse richtlijn voor schizofrenie.⁶

Huisartsen ervaren een groot verschil tussen de hulpverlening bij een acute psychose en de zorg voor patiënten met een recidiverende of chronische psychose die in een stabiele fase verkeren. De acute psychotische crisis is stressvol en soms bedreigend. Meestal kan de huisarts het niet zelf oplossen en voelt zich afhankelijk van de actiebereidheid van de psychiatrische crisisdienst. Huisartsen verkeren in een onzekere en eenzame positie als zij hulp bieden bij een psychotische crisis. De spanningen die een dreigende crisis kunnen opleveren, is voor sommige huisartsen een reden om bepaalde patiënten uit de weg te gaan. In de chronische fase scheppen huisartsen er wel voldoening in om deze patiënten een vertrouwde laagdrempelige toegang te bieden. Afspraken voor lichamelijke klachten worden vaak benut om naar de psychosociale omstandigheden te sonderen, maar huisartsen zoeken niet actief contact om gericht systematische aandacht te geven aan de lichamelijke en psychosociale aspecten van deze chronische ziekte. Schizofreniepatiënten hebben een grotere kans op somatische co-morbiditeit, daarnaast gaan zij niet altijd adequaat met hun lichamelijke klachten om en vinden zij het soms lastig om een afspraak voor zichzelf te regelen.¹⁵ Dit betekent dat de huisarts in een consult extra alert moet zijn op mogelijke klachten en symptomen. Periodieke controles met aandacht voor de zelfzorg zou de gezondheidstoestand van deze patiënten ten goede kunnen komen. Sommige huisartsen ervaren een gebrek aan specifieke vaardigheden om deze patiënten te kunnen behandelen. Bijvoorbeeld op het gebied van de communicatie met en de bejegening van deze patiënten. Deze bevindingen komen overeen met andere onderzoeksresultaten.¹⁶

Het beschikken over voldoende vakkennis op zichzelf, biedt nog geen garantie op een goede zorgverlening. Hierbij speelt de persoon van de dokter een rol.¹⁷ Emotionele reacties van de huisarts zijn medebepalend voor de taakopvatting. Zo kan bijvoorbeeld angst hierop een negatief effect hebben. Wij denken dat de volgende persoonlijke kwaliteiten noodzakelijk zijn om een goede zorg te kunnen bieden aan patiënten met psychotische stoornissen: compassie hebben met de doelgroep, in staat zijn met gevoelens van machteloosheid om te gaan, zich niet snel afgewezen voelen, en geen dankbaarheid verwachten.

In de acute zorg voor psychotische patiënten kan de huisarts, als eerste aanspreekpunt, niet ontbreken. Echter, een belangrijke randvoorwaarde voor goede zorgverlening is dat huisartsen beschikken over een korte lijn naar de psychiatrische crisisdienst. Huisartsen voelen zich beter

in staat om een crisis op een bevredigende manier op te lossen als zij kunnen vertrouwen op een directe actiebereidheid van de psychiatrische crisisdienst.¹⁸ Huisartsen hebben weinig belangstelling voor de diagnostische classificaties volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-4).

Begeleiding van de chronische fase vereist dat huisartsen en psychiaters op de hoogte zijn van een ieders werkwijze en daarvan gebruik maken. Huisartsen voelen zich soms miskend en ondergewaardeerd door de psychiaters; zij zouden graag willen dat de psychiaters beter weten wat de rol van de huisarts is in de zorgverlening en dat deze rol meer complementair wordt benut in de zorgprogramma's voor chronisch psychotische patiënten. Huisartsen zijn praktisch en gericht op de mogelijkheden om de patiënt stabiel te houden.

Er zijn meerdere manieren om de belangstelling van huisartsen voor zorgverlening aan patiënten met psychotische stoornissen te stimuleren. In het Verenigd Koninkrijk heeft de National Health Service (NHS) indicatoren ontwikkeld met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg, waarbij huisartsen die een systematische benadering in de zorg toepassen, conform richtlijnen en verwijfsafspraken, beloond worden.^{6, 20} Ook is de Birmingham Early Detection in Untreated Psychosis Trial opgezet, om het effect te meten van een training aan huisartsen in het herkennen van de signalen van een eerste psychose.

Wij denken dat invulling geven aan de genoemde noden van huisartsen de zorg voor deze patiëntengroep zal verbeteren. Het zal bij de beroepsgroep een groter draagvlak creëren voor het ontwikkelen en implementeren van een standaard met taakomschrijvingen voor de huisarts binnen de multidisciplinaire zorg voor patiënten met psychotische stoornissen.

Sterke en zwakke punten

Alle deelnemende huisartsen oordeelden positief over de bijeenkomsten. Het bood hen de mogelijkheid om vrijblijvend hun ervaringen over dit onderwerp met elkaar te delen, zonder een waardeoordeel. De geluidsbanden lieten horen dat de huisartsen hun emoties openhartig en oprecht naar voren brachten. Ons onderzoek is verricht onder huisartsen die bereid waren iets in te brengen over het onderwerp. Huisartsen die niet deelnamen waren waarschijnlijk minder geïnteresseerd in de zorgverlening aan psychotische patiënten. Daarom zijn onze bevindingen helaas niet representatief voor de hele beroepsgroep. Een kwantitatief onderzoek onder een representatieve steekproef van huisartsen is noodzakelijk om te weten hoe belangrijk de gevonden variabelen zijn. De kracht van onze studie is de kwalitatieve methode,

waardoor alle ongecensureerde meningen en emoties met betrekking tot actuele ervaringen van huisartsen werden vast gelegd.

Conclusies

Huisartsen voeren geen systematisch beleid uit in de zorg voor patiënten met chronisch psychotische stoornissen, maar zij reageren reactief op hulpvragen van de patiënt en zijn familie. Huisartsen hebben verschillende taakopvattingen, afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, ervaringen en de kwaliteit van de samenwerking met de psychiatrie.

Bovengenoemde inzichten zijn het resultaat van een kwalitatief onderzoek onder ervaren huisartsen en zijn vergelijkbaar met andere onderzoeken.²³⁻²⁵ Op basis van deze uitkomsten zullen wij een vragenlijst ontwikkelen om in een kwantitatief onderzoek na te gaan welk gewicht aan deze variabelen moet worden toegekend. Vervolgens kunnen wij vaststellen welk draagvlak er is onder huisartsen voor de zorg aan psychotische patiënten, en nagaan welke interventies dit draagvlak zouden kunnen verstevigen. Pas dan is er uitzicht op succesvolle invoering van een zorgprotocol voor psychotische patiënten in de eerste lijn.

Literatuur

1. Brown, S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:502-508.
2. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005; 150:1115-1121.
3. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47:515-520.
4. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 2005; 19:102-109.
5. Rowlands P. The NICE schizophrenia guidelines: the challenge of implementation. *Br J psychiatry* 2004; 10:403-412.
6. National Institute for Clinical Excellence: Schizophrenia: full national clinical guidelines on core interventions in primary and secondary care. London: NICE; 2002.
7. WOK, Centre for Quality of Care Research. De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg. Resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen. Centre for quality of care research. University Medical Centre St Radboud. 2002.

8. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007; 24:34-40.
9. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311 (6996): 42-45.
10. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311:299-302.
11. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358:483-488.
12. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis in applied policy research. Edited by: Bryman A, Burgess R. *Analysing Qualitative Data*. London: Routledge; 1994.
13. Boye B, Bentsen H, Ulstein I. Relatives' distress and patient's symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 42-50.
14. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177:529-533.
15. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' view on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330: 1122-1136.
16. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, Chapman JL. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:78-84.
17. Lester H, Tritter JQ, England E. Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. *Fam Pract* 2003; 20:508-13.
18. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:892-898.
19. Verhaak PFM, Schellevis FG, Nuijen J, Volkers AC. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *Gen Hosp Psych*. 2006; 28:125-132.
20. Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. *BMJ* 2004; 328:1451-1452.
21. Spencer E, Birchwood M, McGovern D. Management of first episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2001; 7:133-140.
22. Tait L, Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Wilson S. Design of the BiRmingham Early Detection in UntREated psychosis Trial (REDIRECT): a cluster randomised controlled trial of general practitioners education in detection of first episode psychosis. *BMC Health Services Research* 2005; 5:19.
23. Nazareth I, King M, Davies S. Care of schizophrenia in general practice: the general practitioner and the patient. *Br J Gen Pract* 1995; 45:343-347.

24. Lang FH, Johnstone EC, Murray DG. Service provision for people with schizophrenia. Role of the general practitioner. *Br J Psychiatry* 1997; 171:165-168.
25. Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005; 187:274-281.

Hoofdstuk 4

Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts

Gepubliceerd als:

MJT Oud, J Schuling, C Slooff, KH Groenier, J Dekker, en B Meyboom-de Jong:

Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective

BMC Family Practice 2009, 10:29



Illustratie: Bert Cornelius

Samenvatting hoofdstuk 4

Inleiding

Patiënten met ernstige psychische stoornissen ervaren stress en onvermogen op diverse levensgebieden, en zij hebben meer kans op lichamelijke ziekten. Zowel de patiënt als diens familieleden hebben behoefte aan laagdrempelige steun van de huisarts.

Huisartsen werden gevraagd naar hun bereidheid om zorg te verlenen voor de somatische, psychische, en psychiatrische problemen van patiënten met psychotische stoornissen, en welke belemmeringen zij hierbij ervaren.

Methode

Een vragenlijst werd ontwikkeld met 20 vragen over ‘Mening en Taakopvattingen’ van de huisartsen, 19 vragen over ‘Handelen en Ervaringen’, en 27 vragen over ‘Kenmerken van de Huisarts en zijn Praktijkorganisatie’. De vragenlijsten werden aan een steekproef van 750 Nederlandse huisartsen gestuurd.

Resultaten

186 huisartsen verdeeld over stedelijk gebied (49%), verstedelijkt platteland (38%) en platteland (15%) namen deel. De respondenten vinden dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is in de acute fase. In de chronische of residuale fase is het opsporen en behandelen van somatische comorbiditeit een kerntaak van de huisarts. Een meerderheid verklaart zich bereid om de lichamelijke gezondheid van deze patiënten periodiek te controleren. Huisartsopleider en huisartsen met kleinere praktijken blijken vaker vervolgafspraken te maken, en waren ook vaker bereid om de zelfzorg van deze patiënten in de gaten te houden. Verder vinden huisartsen het hun taak om steun en informatie te verstrekken aan de familie van de patiënt. Huisartsen hebben behoefte aan meer erkenning van de tweedelijns voor het deel van de zorg waar zij goed in zijn.

Conclusie

Huisartsen zijn bereid hun aandeel te leveren in de zorg voor patiënten met psychotische stoornissen. Ze vinden zichzelf verantwoordelijk voor de eerste opvang bij een psychose, het opsporen en behandelen van lichamelijke ziekten in de chronische fase, en steun bieden aan de mantelzorgers.

Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts

Inleiding

Patiënten met ernstige psychische stoornissen zoals schizofrenie en affectieve psychosen presenteren zich met zeer uiteenlopende klinische symptomen en ziektebeelden. Het gemeenschappelijke kenmerk van deze stoornissen is het teloorgaan van het contact met de realiteit en met voor de patiënt belangrijke medemensen. Daarom hebben deze patiënten specifieke zorg nodig waarbij de professional extra aandacht moet hebben voor hun psychosociale omstandigheden en verborgen gezondheidsproblemen, en waarbij de professional rekening houdt met de kans op verminderde cognitieve vaardigheden die een gevolg van de ziekte zijn.

De behandeling van de acute fase vereist andere prioriteiten dan de behandeling van de chronische fase. Tijdens de acute fase, als de positieve symptomen en de verstoorde realiteitszin op de voorgrond staan, is de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn familie. De huisarts heeft hier de taak om de signalen van een psychose te herkennen en de behandeling op gang te brengen.^{1,2} Hij doet dit meestal in de vorm van een verwijzing naar de tweede lijn en, minder vaak, door het voorschrijven van antipsychotische medicatie.³

In de chronische fase van een psychotische ziekte is de rol van de huisarts niet omschreven. De psychiatrische behandeling bestaat hier vaak uit laagfrequente medicatiecontrole door de psychiater en ambulante begeleiding door een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) ter ondersteuning van de zelfzorg, de dagstructuur, activiteiten en de reïntegratie in de samenleving. Chronisch psychotische aandoeningen, zoals schizofrenie, gaan vaak gepaard met een verlies van cognitieve vaardigheden, zoals stoornissen in het waarnemen, traagheid in het denken, en een verminderd vermogen tot plannen, organiseren en initiatief nemen. Psychotische patiënten kunnen moeite hebben met het herkennen van lichamelijke klachten als een symptoom van een bijkomende ziekte.⁴ Ook vinden zij het ingewikkeld om de klacht of de hulpvraag uit te leggen en om een afspraak voor zichzelf te regelen.^{5,6,7} Daardoor trekken zij vaak pas laat aan de bel om hulp voor zichzelf te vragen.

Bovengenoemde zaken onderstrepen de noodzaak dat de huisarts laagdrempelige zorg verleent, waarbij hij extra alert dient te zijn op somatische co-morbiditeit.⁸

Behalve de patiënten ervaren ook de familieleden veel stress, en zij bezoeken daarom vaker de huisarts.^{9,10} Huisartsen zijn zich hiervan bewust en zij vinden dat de zorg voor deze

familieleden tot hun kerntaken behoren.¹¹ Uit onderzoek blijkt dat uitleg geven aan de familie over de psychiatrische symptomen en hoe daarmee om te gaan, ook effectief is als interventie in de behandeling van een psychose.^{12,13}

Patiënten met een chronisch verlopende psychose hebben vaker dan gemiddeld somatische co-morbiditeit,¹⁴⁻¹⁶ en zij hebben een verhoogd sterfterisico.¹⁷ Ziektegerelateerde factoren zoals chronische stress, roken, middelengebruik, slechte voedingsgewoonten en weinig lichaamsbeweging dragen hieraan bij.^{18,19} Daarnaast is het gebruik van antipsychotische middelen een bijkomende oorzaak van overgewicht en diabetes mellitus.²⁰⁻²³

Huisartsen lijken zich er niet altijd zo van bewust te zijn dat mensen met psychische stoornissen een toegenomen kans hebben op somatische co-morbiditeit; zij besteden weinig aandacht aan de opsporing en de behandeling van risicofactoren bij deze groep patiënten.²⁴

Internationaal wordt tegenwoordig door de psychiaters onderkend dat de algemene gezondheidszorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen onvoldoende is, en dat de integratie tussen eerste en tweedelijns zorgvoorzieningen nog onder de maat is.^{25,26} Er bestaat echter geen consensus over wie de verantwoordelijkheid draagt voor de preventie en behandeling van de comorbide somatische aandoeningen bij chronisch psychiatrische patiënten.²⁷ Psychiaters vinden dat het monitoren van metabole stoornissen, als mogelijke bijwerking van de antipsychotische medicatie, tot hun taken behoort, maar niet persé de behandeling.²⁷⁻²⁹ De bijgewerkte Engelse richtlijn voor schizofrenie stelt dat een regelmatig lichamelijk onderzoek en gezondheidsvoorlichting een belangrijke bijdrage is van de eerste lijnszorg aan de behandeling en begeleiding van schizofreniepatiënten.³⁰ Nederlandse huisartsen hebben geen specifiek beleidsafspraken over de begeleiding van patiënten met ernstige psychische stoornissen; de multidisciplinaire CBO richtlijn over schizofrenie geeft geen instructies over de taken van de huisarts in de zorg voor deze patiënten en hun familieleden.³¹

Kwalitatief onderzoek naar de inzichten en ervaringen van huisartsen leerde ons dat professionele taakopvatting, kennis van psychiatrie en vaardigheid in het omgaan met psychiatrische patiënten van invloed zijn op de zorg van de huisarts. Betrokkenheid bij de familie ervaren huisartsen als een stimulans om hun uiterste best te doen, terwijl agressief gedrag en drugsgebruik als moeilijk te managen en onveilig worden ervaren. Een goede samenwerking met de GGZ is voor huisartsen essentieel om crisissituaties te kunnen oplossen.¹¹

Om meer inzicht te krijgen in de betekenis van deze factoren voor de huidige zorgverlening van huisartsen aan patiënten met psychotische stoornissen, en om de kwaliteit van de zorg

voor deze patiënten te kunnen verbeteren met een door de beroepsgroep gedragen richtlijn, formuleerden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke zorg willen huisartsen bieden aan patiënten met een psychotische stoornis, in de acute en in de chronische fase?
2. Vinden huisartsen zichzelf voldoende toegerust om deze zorg te bieden, en op welke gebieden hebben zij behoefte aan scholing?
3. Hoe handelen huisartsen in de eigen praktijk, en hoe ervaren zij de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg?

Methode

Ontwikkeling van de vragenlijst

Na bestudering van de literatuur,³²⁻³⁹ ontwikkelden we een vragenlijst met gebruik van de determinanten die van invloed zijn op de huisartsenzorg. Deze determinanten hadden we door voorafgaand kwalitatief onderzoek gevonden.¹¹ Psychotische ziekten zijn ernstige psychische stoornissen en worden in de internationale wetenschappelijke literatuur vaak als ‘severe mental disorders’ (SMD) aangeduid. Wij definieerden deze ziektebeelden als: een toestand waarin het contact met de werkelijkheid wordt verstoord door wanen, hallucinaties en verwardheid, soms gepaard met een manische ontremming of een diepe depressie. Huisartsen coderen deze ziektebeelden onder de ICPC codes: P72 (schizofrenie, alle vormen), P73 (affectieve psychosen) en P98 (niet gespecificeerde psychose).

De vragenlijst verdeelden we in drie hoofdstukken: ‘Mening en Taakopvatting’, ‘Handelen en Ervaringen’, ‘Kenmerken van de Huisarts en de Praktijkorganisatie’. In ‘Mening en Taakopvatting’ maakten we onderscheid tussen zorg in de acute fase en zorg in de chronische fase; in de chronische fase is de patiënt gestabiliseerd met meer of minder restverschijnselen. Het hoofdstuk ‘Handelen en Ervaringen’ betrof vragen naar het handelen van de huisarts in een recente concrete praktijksituatie en zijn ervaringen in de samenwerking met de GGZ. In het derde hoofdstuk vroegen we naar kenmerken van de huisarts en zijn praktijkorganisatie.

De conceptvragenlijst werd beoordeeld door een panel van experts en vervolgens getoetst in een proefstudie. Vier ervaren huisartsen vulden de vragenlijst in en werden hierbij gevraagd naar duidelijkheid, relevantie, en ervaren problemen bij het invullen van de vragen. Hieruit ontstond de definitieve versie. Men kon elf vragen over ‘Meningen en Taakopvatting’, vijf vragen over ‘Ervaringen’ en zes vragen over ‘Kenmerken van de Huisarts’ beantwoorden op

een ordinale schaal met vijf categorieën (helemaal mee eens =1, helemaal mee oneens = 5) waarbij de stellingen varieerden in positieve of negatieve betekenis. Alle overige 43 vragen waren meerkeuzevragen behalve de vraag naar de leeftijd van de respondent en naar een schatting van het aantal ingeschreven patiënten met een gebleken kwetsbaarheid voor psychotische ontregeling.

Steekproef

Om de langdurige zorg voor chronische patiënten goed in kaart te kunnen brengen, hebben we de vragenlijsten uitgezet onder huisartsen die continue zorg verlenen, te weten gevestigde huisartsen en HIDHA's (huisartsen in dienst van de gevestigde huisartsen). Uit het bestand van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) werd een aselechte steekproef getrokken van 700 huisartsen. In juni 2007 werden de vragenlijsten verstuurd. Het kostte 20-30 minuten om de vragenlijst in te vullen. De respondenten deden dit vrijwillig en anoniem. Na vier weken ontvingen alle aangeschreven huisartsen een herinneringsbrief.

Data-analyse

Alle data werden ingevoerd in SPSS 14.0 waarmee ook de statistische analyse werd uitgevoerd. De antwoorden op de ordinale schaal werden getransformeerd naar een driepuntsschaal met positieve, neutrale, of negatieve antwoorden. De antwoorden uit de hoofdstukken 'Meningen en Taakopvatting' en 'Handelen en Ervaringen' werden aan een factoranalyse onderworpen. De factoren die we bij de multivariate analyse vonden, werden gerelateerd aan kenmerken en handelen van de huisarts en zijn praktijkorganisatie.

Resultaten

We ontvingen 186 ingevulde vragenlijsten (27%) terug. Negen vragenlijsten kwamen onbestelbaar retour. Van de respondenten was 62% man, de gemiddelde werkervaring was 18 jaar (spreiding 2-35jaar), en de gemiddelde leeftijd was 49 jaar. Van de huisartsen bleek 22% solist te zijn, 32% was werkzaam in een duo-praktijk, 29 % in een HOED en 17% in een gezondheidscentrum. Van de huisartsen werkte 52% parttime. Deze gegevens komen overeen met de cijfers van het NIVEL over alle Nederlandse huisartsen. Van de respondenten was 40% huisartsopleider, 31% had werkervaring in de psychiatrie, en 61% beschikte over een

sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in zijn praktijk. Deze SPV'ers hielden zich vooral bezig met probleemoplossende gesprekken, en begeleidden zelden (13%) chronisch psychiatrische patiënten. Huisartsen schatten het aantal patiënten met een kwetsbaarheid voor psychose in hun praktijk op 20 (spreiding 0-100). De praktijklocaties waren: 47% stad, 38% verstedelijkt platteland en 15% platteland.

Mening en taakopvatting (tabel 1)

In de acute fase van een psychose willen huisartsen het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt en zijn familie. In de chronische fase zegt de meerderheid van de respondenten zich verantwoordelijk te voelen voor de zorgverlening. Taken die zij in deze fase vervullen zijn: diagnosticeren en behandelen van de somatische co-morbiditeit, en zorg dragen voor de herhaalreceptuur. Als het gaat om een periodieke beoordeling van de lichamelijke gezondheid vindt 80% van de respondenten dit een taak van de huisarts, en men kiest voor een frequentie van één maal per jaar (55%) of halfjaarlijks (34%). Periodieke beoordeling van het psychosociale functioneren vinden de meeste huisartsen een taak van de SPV'er, en periodieke beoordeling van de psychiatrische symptomen vinden ze het werk van de psychiater. Ondersteuning van de familie rekent de huisarts wel tot zijn taak, evenals het verstrekken van informatie over de aandoening.

Niet alle respondenten voelen zich vaardig in het maken van contact met de patiënt in een psychotische crisis, terwijl het contact met de familie weinig problemen oplevert. Toch vinden huisartsen zichzelf redelijk in staat om bij een crisissituatie te interveniëren; sommigen voelen zich hierbij machteloos en onveilig. Huisartsen geven wel aan dat zij behoefte hebben aan nascholing op dit terrein.

Tabel 1. *Meningen en taakopvattingen (N=186)*

	Eens	Neutraal	Oneens
Taken in de acute en de chronische fase			
Bij acute verwardheid is de huisarts eerste aanspreekpunt	74%	19%	7%
Ik voel me verantwoordelijk voor de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten in mijn praktijk	58%	23%	19%
Ik vind het mijn taak om bij psychotische patiënten na te gaan hoe de zelfzorg is	37%	30%	33%
Ik vind dat ik bij psychotische patiënten alert moet zijn op somatische comorbiditeit	81%	13%	6%
Zorg voor de familie			
Ik vind het mijn taak om de familie van een chronisch psychotische patiënt te ondersteunen	74%	17%	9%
Ik vind het mijn taak om de familie informatie te geven over het ziektebeeld	58%	26%	16%
Zelfervaren vaardigheden			
Bij een psychotische crisis voel ik me vaardig in contact maken met de patiënt	46%	35%	19%
Bij een psychotische crisis voel ik me vaardig in het communiceren met de familie	85%	11%	4%
Ik voel me bekwaam om bij een psychotische crisis te interveniëren	52%	33%	15%
Ik voel me machteloos bij een psychotische crisis	18%	28%	54%
Ik voel me onveilig bij een acuut psychotische patiënt	16%	35%	49%
Behoeftte aan scholing			
Ik heb behoefte aan scholing over interventies bij een psychotische crisis	63%	20%	17%
Ik heb behoefte aan scholing over communicatie met en begeleiding van psychotische patiënten	55%	27%	18%
Ik heb behoefte aan scholing over antipsychotische farmacotherapie	54%	24%	22%

Ervaringen

Een meerderheid (59%) van de respondenten heeft in de voorafgaande zes maanden een patiënt met een psychose als contactredenen gezien, en 78% in het voorafgaande jaar.

Deze contacten betroffen de volgende diagnoses: eerste psychose (21%), psychotische depressie (23%), schizofrenie (29%), bipolaire stoornis (18%), drugpsychose (3%), en een restgroep bestaande uit: tweede psychose, organische psychose en delier.

Van deze patiënten was 62% al bekend bij de GGZ. In de meeste gevallen (84%) werd verwezen naar de tweedelijns GGZ. Van de respondenten schreef 39% een antipsychoticum voor, waarbij in de helft van de gevallen sprake was van een herstart van eerder voorgeschreven farmacotherapie. De meeste huisartsen (60%) maakten een vervolgspraak en er was regelmatig (68%) contact met de familieleden. Soms verrichtte de huisarts een lichamelijk onderzoek (35%) of vroeg laboratoriumonderzoek aan (28%).

Samenwerking met de GGZ (tabel 2)

In acute situaties kan 61% van de respondenten de GGZ goed bereiken, en zij voelen zich serieus genomen als de verwijzende partij. Van samenwerking met de gespecialiseerde GGZ in de langdurige zorg is echter geen sprake. Huisartsen worden niet betrokken in het behandelplan en zij worden slecht op de hoogte gehouden van de stand van zaken tijdens een behandeling.

Tabel 2. *Ervaringen met de tweedelijns GGZ (N=186)*

	Eens	Neutraal	Oneens
Het kost veel moeite om met een psychiater te overleggen bij een acute psychotische crisis	30%	9%	61%
Mijn informatie wordt serieus genomen door de psychiater	60%	25%	15%
Ik word als huisarts betrokken in het behandelplan van de GGZ	12%	20%	68%
Ik word regelmatig op de hoogte gehouden door de GGZ	19%	29%	52%
Ik voel me gesteund door de samenwerking met de GGZ	38%	39%	23%

Multivariate analyse.

Uit de antwoorden op de vragen over meningen en taakopvatting konden we door middel van factoranalyse vier domeinen identificeren. Deze zijn:

- vaardigheden in de acute fase
- taakopvatting met betrekking tot de chronische fase
- ervaringen met de tweedelijns GGZ
- behoefte aan scholing

Kenmerken van de huisarts en zijn handelen in relatie tot de domeinen (tabel 3 en 4)

Respondenten die zich vertrouwd voelden met acute psychiatrie ervoeren minder machteloosheid en angst dan degenen die zich minder competent voelden. Deze respondenten hadden vaak werkervaring opgedaan in de psychiatrie. Zij hadden minder behoefte aan nascholing. Zij herkenden vaker een acute psychose in de voorafgaand zes maanden, en zij verrichtten vaker lichamelijk onderzoek.

Huisartsen met een brede taakopvatting over de zorg voor psychotische patiënten hebben een kleinere praktijkomvang en zijn vaker huisartsopleider. Deze huisartsen schatten de prevalentie van patiënten met psychotische kwetsbaarheid in hun praktijk hoger, wat ook beter overeenkomt met de prevalentie cijfers waarbij naar schatting 1 % van de bevolking kwetsbaar is voor een psychotische stoornis. Zij maken vaker vervolgafspraken en zij rekenen het onderzoek naar de zelfzorg van de patiënt ook tot hun taak. Een brede taakopvatting gaat samen met een grotere arbeidssatisfactie in de begeleiding van psychiatrische patiënten. Uit de antwoorden blijkt dat deze huisartsen de SPV'er soms ook inzetten bij de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten.

Huisartsen die langere tijd niet met een psychose waren geconfronteerd, bleken een grotere scholingsbehoefte te hebben. Tussen huisarts(praktijk)kenmerken en ervaringen met de tweedelijns werden geen significante relaties gevonden.

Tabel 3. *Significantie van de relatie tussen de huisarts(praktijk)kenmerken en de vier domeinen*

	Vaardigheid	Taakopvatting	Ketenzorg	Scholing
Geslacht huisarts	.082	.355	.573	.624
Praktijkvorm	.704	.999	.704	.124
Parttime of fulltime?	.397	.988	.247	.335
Jaren werkzaam als huisarts	.066	.724	.936	.790
Praktijkomvang	.091	.044	.777	.102
Urbanisatie	.109	.059	.406	.767
Huisartsopleider?	.493	.014	.488	.723
Werkervaring in de psychiatrie?	.002	.266	.945	.045
Psychiatrie tijdens huisartsenopleiding?	.304	.324	.149	.742
Huisarts registreert psychose in probleemlijst	.345	.121	.548	.806
Schatting van aantal patiënten met psychotische kwetsbaarheid	.111	.003	.996	.890

*statistisch significante relaties ($p < 0.05$) zijn vetgedrukt

Tabel 4. *Significantie van de relatie tussen het huisartsgeneeskundig handelen en de vier domeinen*

	Vaardigheid	Taakopvatting	Ketenzorg	Scholing
Laatste contact met als reden psychotische stoornis	.021	.748	.625	.026
Welke diagnostische categorie	.380	.478	.852	.508
Patiënt had eerder een psychose doorgemaakt	.852	.325	.986	.505
Patiënt was bekend bij de GGZ	.961	.672	.667	.915
Patiënt werd verwezen naar de GGZ	.661	.206	.270	.658
Huisarts schreef antipsychoticum voor	.446	.243	.187	.771
Huisarts maakte vervolgspraak	.184	.013	.642	.758
Huisarts onderhield contact met de familie	.279	.093	.977	.341
Huisarts deed lichamelijk onderzoek	.032	.319	.332	.050
Huisarts vroeg laboratoriumonderzoek aan	.093	.940	.466	.231
Huisarts draagt zorg voor de herhaalrecepten	.437	.076	.684	.604

*statistisch significante relaties ($p < 0.05$) zijn vetgedrukt

Discussie

De taak waarvoor de huisarts in de acute fase van een psychose wordt gesteld, is duidelijk en wordt breed gedragen. Na het beoordelen van de toestand van de patiënt en het vaststellen van de psychose, verwijst de huisarts naar de tweedelijns GGZ en / of schrijft hij antipsychotische medicatie voor. Daarnaast bieden huisartsen steun aan de familie. Ze vinden dat de samenwerking met de crisisdienst goed verloopt. Zoals te verwachten, hebben onervaren huisartsen behoefte aan scholing over de omgang en communicatie met een psychotische patiënt. Zij worden er zelden mee geconfronteerd en kunnen niet op hun routine vertrouwen. Hoe langer geleden men een acute psychose had meegemaakt, des te groter was de behoefte aan scholing.

Over de zorg in de chronische fase hebben de respondenten verschillende opvattingen. Deze verschillen zijn te verklaren door verschillen in zelfervaren competenties, ervaringen met de GGZ, en de behoefte aan nascholing. Veel huisartsen voelen zich betrokken bij de langdurige zorg, maar vinden de bijkomende psychosociale problematiek lastig. De huisartsen dragen zorg voor de diagnostiek en behandeling van de somatische (co)morbiditeit, en een meerderheid is bereid om in de toekomst de lichamelijke gezondheidsparameters te gaan monitoren. Ook willen ze zorgdragen voor de herhaalrecepten, maar ze hebben weinig zicht op het effect en de bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling. Huisartsen doen relatief weinig lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek.

Huisartsen zijn terughoudend om patiënten op hun zelfzorg te beoordelen. Omdat het patiënten betreft die kans hebben om te verkommeren, is het belangrijk hier wel aandacht aan te besteden; bovendien heeft een betere lichamelijke toestand een gunstige invloed op de psychiatrische symptomen.⁵ De zelfverzorging ter sprake brengen, vergt een actieve opstelling van de huisarts.

Huisartsen met een brede taakopvatting blijven de patiënt actief volgen, en zijn zich bewuster van de patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. Deze huisartsen hebben een kleinere praktijkomvang. Wij veronderstellen dat dit het gemakkelijker maakt om persoonlijke kenmerken en kwetsbaarheden van de patiënt te kennen.

De samenwerking met de GGZ in de langdurige zorg laat te wensen over. Er is geen structureel overleg en geen samenhangend zorgaanbod. Dit probleem lijkt universeel te zijn.^{4,40,41} De huisarts wordt niet betrokken bij het opstellen van een behandelplan en wordt ook niet op de hoogte gehouden tijdens het behandeltraject. Deze onderzoeksbevinding heeft geen relatie met persoonlijke kenmerken van de huisarts of zijn praktijkorganisatie.

Sterke en zwakke punten

Hoewel de respons relatief laag was (27%), zijn de respondenten vergelijkbaar met de Nederlandse huisarts met betrekking tot geslacht, leeftijd, en praktijkvorm en locatie. Deze lage respons kan door verschillende oorzaken komen. Ten eerste, de vragenlijst bevatte verschillende vragen over het handelen van de huisarts bij een recente praktijkervaring. Dit soort vragen doen een appél op het geheugen van de huisarts en het kost tijd om de details weer boven water te halen. Ten tweede is het zeer denkbaar dat huisartsen die geen affiniteit hebben met psychiatrie de vragenlijst gewoon aan de kant hebben gelegd. Echter, de spreiding van de antwoorden is over de volle breedte. Het is dus mogelijk dat de antwoorden een te positief beeld oplevert van de taakopvatting van de Nederlandse huisartsen; maar de bevindingen bieden concrete aanknopingspunten om de kwaliteit van de huidige zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen te verbeteren.

Conclusies

De responderende huisartsen vinden zichzelf voldoende capabel om zorg te verlenen in de acute fase van een psychotische stoornis. Tijdens de chronische fase vinden huisartsen het belangrijk om deel uit te maken van het zorgteam rond de patiënt.

Monitoren van de lichamelijke toestand en opsporen van somatische co-morbiditeit beschouwen huisartsen als hun domein van verantwoordelijkheid en deskundigheid. Dit vraagt wel om een actieve houding van de huisarts. En in de communicatie dient de huisarts rekening te houden met de mogelijkheid van cognitieve beperkingen, en dit vergt specifieke omgangsvaardigheden.⁴² Veel huisartsen hebben behoefte aan bijscholing op dit gebied, en ook op het gebied van farmacotherapie. Naast de zorg voor de patiënt zelf, willen huisartsen zorg verlenen aan de familieleden. Zij bieden steun en sommigen geven uitleg over het ziektebeeld. In de chronische fase is de samenwerking met de gespecialiseerde GGZ onvoldoende. Er is weinig overleg tussen beide behandelaars. Huisartsen dragen zorg voor de herhaalrecepten zonder het effect van de behandeling goed te kunnen volgen, en zij monitoren niet op de neveneffecten zoals het metabole syndroom en diabetes mellitus.

Bezien vanuit de behoeften van de patiënt,⁴³ vraagt het concept van continuïteit van zorg om erkenning van de huisarts in de multidisciplinaire zorgketen. De huisarts verdient een centrale positie met betrekking tot risicomanagement van de somatische co-morbiditeit en geneesmiddeleninteracties. Maar psychiaters zien de huisarts, zoals veel specialisten,³⁹ vooral

als een verwijzer; en erkennen de huisartsen niet erkend als medebehandelaars binnen het zorgsysteem. Mogelijk kan de beroepsgroep hier zelf verbetering in aanbrengen door systematischer aandacht te besteden aan de gezondheidstoestand van chronisch psychiatrische patiënten, en door hun verantwoordelijkheden met betrekking tot de somatische zorg vast te leggen in een multidisciplinaire richtlijn. Voor het ontwikkelen van een dergelijke richtlijn met een omschrijving van de taken in de acute en in de chronische fase bestaat voldoende draagvlak onder de huisartsen. In de acute fase zien de huisartsen zichzelf als het eerste aanspreekpunt bij een acute psychose. Zij beoordelen dan de situatie en vormen de schakel naar de acute psychiatrie. Huisartsen vinden zichzelf voldoende toegerust voor deze taak maar psychotische crisissituaties komen sporadisch voor en er is behoefte aan training.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om de taken en verantwoordelijkheden van huisartsen in de zorg aan patiënten met psychotische stoornissen chronisch verlopende psychose te beschrijven in de multidisciplinaire richtlijnen. Deze taken dienen aan te sluiten bij de competenties van huisartsen: herkennen van signalen en eerste opvang in de acute fase van een psychose, zorgdragen voor de herhaalreceptuur, opsporen en behandelen van de somatische comorbiditeit, en steun en informatie geven aan de familie.

Het verdient aanbeveling om meer samenhang in het zorgsysteem rond een psychotische patiënt te scheppen, waarbij de rol van de huisarts helder gedefinieerd wordt, want dit zal bijdragen aan een kwaliteitsbevordering in de zorg voor deze patiënten.

Literatuur

1. Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1995; 167:770-6.
2. Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. Needs greater involvement of primary care professionals for its success. *BMJ* 2004; 328:1451-52.
3. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40:892-8.
4. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:10-5.
5. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003; 178:9.
6. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care

- for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330:122.
7. Dickerson FB, McNary SW, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Dixon LB. Somatic healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Med Care* 2003; 41:560-70.
 8. Reeves R, Torres RA: Exacerbation of psychosis by misinterpretation of physical symptoms. *South Med J* 2003; 96:702-4
 9. Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, Kuipers E, Sharma T: Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000; 177:529-33
 10. Magliano L, Fiorillo A, Rosa C, Maj M: Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scand Suppl* 2006; 429:60-63.
 11. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Meyboom-de Jong: How do general practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007; 8:37.
 12. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M: Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psycho education for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:1784-9121.
 13. Pharoah F, Mari J, Wong W: Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.:CD000088
 14. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *J Gen Intern Med.* 2006; 21:1133-7.
 15. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2004; 55:1250-1257.
 16. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE: Schizophrenia and increased cardiovascular disease. *Am Heart J* 2006; 151(5):e8.
 17. Brown S: Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 171:502-8.
 18. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L: Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2317-9.
 19. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, Lehman A. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull* 2000; 26:903-12.
 20. Carlson C, Hornbuckle K, DeLisle F, Kryzhanovskaya L, Breier A, Cavazzone P. Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 16:366-375.
 21. Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H: Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United Kingdom general practice research database. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:758-62.

22. Sacchetti E, Turina c, Parrinello G, Brignoli O, StefaniniG Mazzaglia G: Incidence of diabetes in a general practice population: A database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20:1(33-37).
23. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19 Suppl 1:1-93
24. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H: Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007; 24:34-40.
25. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman J. Comorbid Somatic Illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:514-519.
26. Druss BG. Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 4:40-44.
27. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006; 51:492-501.
28. De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psych Clin Pract* 2005; 9:130-7.
29. De Hert M, Van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacology* 2006; 21 Suppl 2:11-5.
30. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/26>
National Institute for Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update): full guideline DRAFT (September 2008).
31. <http://ggzrichtlijnen.nl>. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005.
32. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, Chapman JL. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:78-84.
33. Phelan M, Mirza I. The needs of patients receiving depot antipsychotic medication within primary care. *Fam Pract* 2003; 20:126-8.
34. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47:515-20.
35. Nazareth I, King M, Davies S. Care of schizophrenia in general practice: the general practitioner and the patient. *Br J of Gen Pract* 1995; 45:343-347.
36. Lester H, Tritter JQ, England E: Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. *Fam Pract* 2003; 20:508-13.
37. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with

- serious mental illness. *Fam Med* 2004; 36:28-34
38. Tait L, Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Wilson S: Study protocol. Design of the BiRmtingham Early Detection In untReated psyChosis Trial (REDIRECT): cluster randomised controlled trial of general education in detection of first episode psychosis. *BMC Health Serv Res* 2005; 5:19.
 39. Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scarm H, Umbricht DS: General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005; 187:274-81.
 40. Dombrovski A, Rosenstock J. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. *Curr Opinion in Psych* 2004; 17:523-529.
 41. Wright CA, Osborn DPJ, Nazareth J, King M. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preference for care. *BMC Psychiatry* 2006; 6:16.
 42. Dagnan D. Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health. *Curr Opinion in Psych* 2007; 20:456-460.
 43. Auslander LA, Jeste DV. Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients with schizophrenia and related disorders. *Community Ment Health J* 2002; 38:391-402.
 44. Berendsen AJ, Benneker WH, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JP, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:155.
 45. Citrome L, Yeomans D: Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well being? *J Psychopharmacol* 2005; 19:102-109.

Hoofdstuk 5

Hoe betrouwbaar is de registratie van psychotische stoornissen in het huisartseninformatiesysteem?

MJT Oud, RH Schaafsma, J Schuling:

Accuracy of electronic patient record registration in chronic psychosis

A case study of a group practice

Eur J Gen Pract. 2003; 9: 146-147

Inleiding

Management van de zorg voor chronisch zieke patiënten is een kerntaak van de huisartsen. Om deze taak goed uit te kunnen voeren is het noodzakelijk dat de patiënt met een chronische ziekte wordt geïdentificeerd. In het elektronische huisartseninformatiesysteem (HIS) biedt de probleemlijst een overzicht van de aandoeningen waarvan de huisarts op de hoogte moet zijn om goede zorg te kunnen bieden. Goede zorg voor een patiënt met chronische somatische aandoeningen zoals diabetes mellitus bestaat uit monitoren, voorlichting geven en behandelen, en beoordelen van de resultaten van de behandeling. Deze geprotocolleerde werkwijze verbetert de kwaliteit van de geboden zorg en zou ook geschikt kunnen zijn voor patiënten met een chronisch psychische ziekte.

Als de huisarts in de probleemlijst ziet dat een patiënt kwetsbaar is voor een psychotische stoornis, is hij sneller in staat om signalen of symptomen te herkennen van een psychotische terugval. Ook kan de huisarts dan rekening houden met het gegeven dat deze patiënt een verhoogd risico heeft op psychische en somatische co-morbiditeit en hier extra aandacht aan schenken.¹

Wij wilden weten of de probleemlijst van het HIS de huisarts accuraat informeert over voorafgaande psychosen en stelden daartoe de volgende vragen:

- Staat de diagnose schizofrenie in het HIS vermeld?
- Zijn de in het HIS vermelde diagnoses ‘schizofrenie’ juist?

Methode

We onderzochten de notities van huisartsen in een groepspraktijk van zeven huisartsen. De totale praktijkpopulatie bestond uit 13.000 ingeschreven patiënten, wonend in een buitenwijk van de stad Groningen. Het patiëntenbestand is volledig geautomatiseerd, en gekoppeld aan het bestand van de apotheek. De huisartsen zijn gewend alle belangrijke medische aandoeningen te registreren in de probleemlijst van het HIS en zij coderen deze volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).

Inclusiecriteria

Alle patiënten met de code P72 (Schizofrenie alle vormen) werden ingesloten. Deze diagnostische groep omvat alle chronische (langer dan zes maanden) of intermitterende niet-affectieve psychosen. Kenmerkende symptomen zijn: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, chaotisch of katatoon gedrag, en negatieve symptomen. Uitgesloten werden de

volgende diagnoses: organische psychose (P71), affectieve psychose (P73), en acute psychose (P98).

Diagnostische zekerheid

Om de patiënten met de code P72 (Schizofrenie alle vormen) betrouwbaar in te kunnen sluiten is het belangrijk om te weten of deze diagnose klopt. Zowel het elektronische als het papieren dossier van de patiënt werd grondig bestudeerd om te controleren of de diagnose aan de inclusiecriteria voldeed. In die gevallen waar in het verleden éénmalig een psychotische episode werd vermeld, en geen andere symptomen van schizofrenie werden gevonden, werd de diagnose van de episode gewijzigd in eenmalige niet specifieke psychose (P98), en werd de patiënt uit het onderzoek gesloten.

Onderzoeksdesign

De eerste selectie werd uitgevoerd met behulp van een elektronische zoekopdracht, waarbij een selectie plaats vond van patiënten met ICPC code P72. Omdat bijna alle ingeschreven patiënten ook behoorden tot het bestand van de apotheek, werd door de apotheek een tweede selectie van patiënten uitgevoerd op basis van het gebruik van antipsychotische medicatie. Ten derde werden de huisartsen gevraagd om een lijst te maken van hun patiënten met de diagnose schizofrenie.

Resultaten

De eerste selectie van de ICPC code P72 uit de probleemlijst resulteerde in 40 patiënten. Verificatie van deze diagnose met behulp van het elektronische en het papieren dossier bracht aan het licht dat drie patiënten ten onrechte de diagnose schizofrenie hadden gekregen. Van de overblijvende 37 patiënten waren er 35 gediagnosticeerd door de psychiater en twee door de huisarts.

De tweede selectie, alle patiënten die een recept voor antipsychotische medicatie hadden gekregen, leverde acht extra patiënten op met de diagnose schizofrenie. Deze werden in de onderzoeksgroep geïnccludeerd. Uit interviews met de huisartsen over hun ervaringen met deze groep patiënten kwamen nog negen patiënten naar voren met de diagnose schizofrenie. In totaal vonden we 54 patiënten met chronische of intermitterende niet-affectieve psychosen in een populatie van 13.000 zielen. Van deze 54 patiënten waren er 17 niet herkenbaar in de probleemlijst, en drie patiënten waren ten onrechte geregistreerd met de diagnose schizofrenie.

Discussie

Dit onderzoek in een groepspraktijk met 13.000 patiënten laat zien dat een derde van de patiënten met een chronisch verlopende psychose niet in de probleemlijst staat vermeld. Onderregistratie komt vaker voor dan verkeerde registratie. Nazoeken van recepten voor antipsychotische geneesmiddelen en interviews met de huisartsen waren noodzakelijk om de schizofreniepatiënten te identificeren. De deelnemende huisartsen participeerden in de beroepsopleiding en in wetenschappelijk onderzoek; hun niveau van zorg kan worden gekenmerkt als 'boven gemiddeld'. Daarom vermoeden wij dat de registratie van schizofrenie in het algemeen minder nauwkeurig zal zijn dan in ons onderzoek.

Chronisch psychiatrische ziekten worden minder betrouwbaar geregistreerd in vergelijking met chronisch somatische ziekten zoals diabetes mellitus.² Dit verschijnsel kan samen hangen met verschillende factoren, zoals emotionele barrières bij de huisartsen, moeilijkheden om tot de juiste diagnose te komen, en het ontbreken van een heldere taakomschrijving voor huisartsen met betrekking tot de zorg voor deze patiënten.^{3,4} Verder onderzoek naar deze belemmerende factoren is nodig om tot een accurate registratie in het huisartsen informatiesysteem te komen.

Herkennen van vroege signalen van een zich ontwikkelende psychose is moeilijk.⁵ Informatie via de probleemlijst over de kwetsbaarheid voor een psychose kan behulpzaam zijn bij het vroegtijdig herkennen van deze signalen. Bovendien biedt het beschikken over deze informatie de huisarts de mogelijkheid om de gezondheidstoestand van de patiënt systematisch te beoordelen, en hierin een minder afwachtende houding aan te nemen.⁶

Dankbetuiging

Wij bedanken de huisartsen en apothekers van Gezondheidscentrum Lewenborg voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Literatuur

1. Nazareth I, King M, Tai S. Monitoring psychosis in general practice: a controlled trial. *Br J Psychiatry* 1996; 169:475-482.
2. Pringle M, Ward P, Chilvers C. Assessment of the completeness and accuracy of computer medical records in four practices committed to recording data on computer. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 537-541.
3. De Vries D. Chronisch psychiatrische patiënten in de huisartspraktijk. Zorgwekkende zorgmijders en verontrustende veelvragers. *Huisarts & Wet* 2001; 12:545-549.

4. Oud MJT, Schuling J. Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 15:697-700.
5. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Sheehan DV. Psychotic symptoms in primary care. *J Fam Pract* 1996; 43:481-488.
6. Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47:515-520.

Hoofdstuk 6

Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit?

MJT Oud, DJW Mulder, J Schuling:

Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit?

Huisarts en Wetenschap 2008;51(3): 124-127

Samenvatting

Inleiding

Op de huisartsenpost met de zorg voor een veel grotere populatie dan de eigen praktijk ontstaat een verdichting van (soms levensbedreigende) crisissituaties. De dienstdoende huisarts staat hier voor de opdracht om in korte tijd een zo goed mogelijke inschatting van het suïcidegevaar te maken en een beleid te formuleren, dat een acceptabele en veilige situatie voor de patiënt schept.

Wij gingen na welke patiëntkenmerken samengaan met suïcidaliteit tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten, welke zorg de dienstdoende huisartsen verlenen en wanneer zij met spoed naar de tweede lijn verwijzen.

Methode

In een retrospectief beschrijvend onderzoek van het geanonimiseerde patiëntenbestand van de doktersdienst Groningen onderzochten wij de berichten van de dienstdoende huisartsen over patiëntpresentaties en de maatregelen om het suïciderisico te beheersen.

Resultaten

Wij vonden over de periode van één jaar 433 meldingen met suïcidaliteit als contactreden, en dit betrof 0,3% van alle hulpvragen. Vrouwen (54%) vormden een geringe meerderheid. Suïcidaliteit deed zich het vaakst voor als suïcidepoging of in het kader van een depressie.

De interventies van de dienstdoende huisartsen bestaan uit luisteren en praten, farmacotherapie, verwijzing naar de tweede lijn, het maken van overbruggingsafspraken en het inschakelen van mantelzorg.

Suïcidepoging, psychotische stoornis of extreme angst werden het vaakst direct verwezen naar de tweede lijn. Patiënten die niet direct werden verwezen, kregen consequent een vervolcontact aangeboden met de eigen huisarts of de GGZ.

Conclusie

Huisartsen voeren een pragmatische risicoanalyse uit aan de hand van een korte inventarisatie van het toestandbeeld, de voorgeschiedenis, de draagkracht van de patiënt en van diens omgeving.

Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit?

Inleiding

Jaarlijks worden in Nederland 25.000 suïcidepogingen gedaan en vinden 1500 geslaagde suïcides plaats.^{1,2} Wij gebruiken de definitie van suïcidaliteit zoals die staat in Van Dale: 'geneigdheid tot suïcide'.

Suïcidaliteit manifesteert zich als gedachten over suïcide (suïcidale ideatie), suïcidale uitlatingen en suïcidepogingen. Suïcidepogingen zijn alle vormen van auto-intoxicatie en ernstige zelfbeschadiging, zoals snijden in de polsen of een poging doen tot verhangen.

Het suïciderisico is het hoogst bij patiënten die eerder een poging tot zelfdoding hebben gedaan en bij patiënten met een depressie.³ Gaat een depressie gepaard met angst dan stijgt het suïciderisico.⁴ Ook stressvolle ervaringen, een gestoorde agressieregulatie, lichamelijke handicaps, alcohol- en drugsgebruik en een hoge leeftijd zijn risicoverhogende factoren.⁵⁻⁸

Patiënten met een chronische psychiatrische ziekte zien vaker in zelfdoding de oplossing voor hun als hopeloos ervaren situatie.⁹ Hoe dichter de patiënt het besluit nadert om suïcide te plegen, hoe moeilijker het wordt om dit suïcidale proces van buitenaf te beïnvloeden. Behandelingstrategieën bij suïcidaal gedrag zijn daarom afhankelijk van het mentale stadium waarin de patiënt verkeert.¹⁰

Huisartsen krijgen te maken met een breed scala aan risicosymptomen. In de literatuur beschouwt men risico-inschatting en preventie van suïcide als een taak van de huisarts,^{11, 12} maar gegevens over interventies die huisartsen toepassen bij suïcidale patiënten hebben wij niet kunnen vinden. In de eigen praktijk krijgen huisartsen regelmatig te maken met mensen in een crisissituatie of met mensen die een aanpassingsstoornis hebben. Dit zijn echter zelden levensbedreigende situaties. Doordat de huisartsenpost zorg biedt aan een veel grotere populatie komt de huisarts voor meer crisissituaties te staan. Dienstdoende huisartsen moeten in korte tijd een zo goed mogelijke inschatting van het suïcidegevaar maken. Zij gebruiken dan ook geen tijdrovende psychiatrische interviews; hun diagnostisch denken is gebaseerd op ziektescripts of prototypen.¹³ Wij gingen ervan uit dat de huisarts in dergelijke crisissituaties vooral pragmatisch handelt. Enerzijds zal hij proberen de ernst van het suïcidegevaar in te schatten en anderzijds zal hij nagaan hoe hij voor de patiënt een acceptabele en veilige situatie kan scheppen, waarin kan worden gezocht naar een goede aanpak voor de langere termijn.

Doel van ons onderzoek was om te onderzoeken welke patiëntkenmerken samengaan met suicidaliteit tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten, welke zorg dienstdoende huisartsen verlenen en in welke gevallen zij met spoed verwijzen naar de tweede lijn.

Methode

Onderzoeksopzet

Wij kozen voor een retrospectief beschrijvend onderzoek van de journaalaantekeningen van dienstdoende huisartsen over hun contacten met patiënten die zich suïcidaal uitten of suïcidaal gedrag vertoonden. Daarvoor gebruikten we het geanonimiseerde patiëntenbestand van de doktersdiensten Groningen (DDG). Dit is een grootschalige dienstenstructuur voor alle inwoners van de stad en provincie Groningen plus de kop van Drenthe, die tussen 17.00 uur en 8.00 uur en op weekend-/feestdagen een huisarts willen raadplegen.

Wij hadden de beschikking over alle contacten van hulpvragers met de DDG in de periode van 1 augustus 2003 tot 1 augustus 2004. We doorzochten de desbetreffende aantekeningen met de zoektermen: suïcidaal, suicidaliteit, suïcidegevaar, zelfmoord en intoxicatie, waarbij we de stamtrefwoorden *suic*, *zelfmo* en *intox* gebruikten.

Contacten na geslaagde suïcides, waarbij de huisarts zorg verleende aan nabestaanden, sloten we uit van onderzoek. Ook sloten we alle oproepen uit waarbij er geen sprake was van een bewust gekozen vergiftiging. Minder ernstige vormen van zelfbeschadiging, zoals kras- en snijwonden, hebben we niet geselecteerd.

Gegevensverwerking

Bij de DDG gebruikt men het huisartsinformatiesysteem Adastra, waarin de huisarts zijn bevindingen en beleid als SOEP-registratie kan weergeven, maar ook als vrij geformuleerde tekstregels kan invoeren.

Het bestand bevatte drie ‘harde’ kenmerken: sekse, leeftijd en aard van de verrichting. Bij elke oproep was de verrichting als volgt gecodeerd: A = telefonisch consult assistente; C = consult dokter; D = telefonisch consult dokter; V = visite dokter; M = ambulancedienst.

Van tevoren hadden de onderzoekers (MO en DM) geen diagnostische criteria geformuleerd: zij lazen en rubriceerden onafhankelijk van elkaar alle journaalaantekeningen. Hierin waren gegevens vastgelegd over:

- actuele toestand van de patiënt;
- uitlokkende gebeurtenissen;

- medische en psychiatrische voorgeschiedenis;
- farmacotherapeutisch beleid;
- vervolgafspraken;
- (directe) verwijzing naar de tweede lijn;
- afspraken met de familie/omgeving of mantelzorg.

Wanneer de dienstdoende huisarts een diagnose vermeldde, is deze door ons overgenomen. Op grond van de beschrijvingen van het patiëntgedrag onderscheidden we twee categorieën: appellerend dreigend gedrag en impulsief agressief gedrag. Om de realiteit zo goed mogelijk te benaderen hebben we ervoor gekozen om ook dubbele diagnoses en combinaties van gedragsproblemen een plaats te geven in onze analyse. Wij classificeerden de risico-inschatting van suïcide als ‘onzeker’, behalve wanneer de dienstdoende huisarts anders vermeldde. Spoedverwijzingen hebben we steeds als ‘hoogrisico’ gecodeerd. Bij verschil van mening kwamen we via discussie tot beredeneerde consensus.

Resultaten

Op de huisartsenpost van de provincie Groningen kwamen gedurende de 12 maanden van ons onderzoek 433 meldingen binnen die betrekking hadden op suïcidaliteit. Dit betrof 0,3% van alle hulpvragen buiten kantoortijden. Een meerderheid (62%) van de patiënten werd aangemeld via een ongeruste partner, familie of andere personen uit de nabije omgeving.

Patiëntkenmerken

De onderzoeksgroep bestond uit 199 mannen (46%) en 234 vrouwen (54%). De gemiddelde leeftijd van de mannen was 41 jaar (spreiding 15-87 jaar) en van de vrouwen 44 jaar (spreiding 14-90 jaar). De 433 aanmeldingen betroffen 430 verschillende personen.

De meerderheid (52%) van alle aanmeldingen betrof personen die zich suïcidaal uiten, 31% betrof suïcidale gedragingen en bij 18% van de aanmeldingen ging de huisarts nader in op aanwezige suïcidale gedachten en gevoelens. De patiëntkenmerken staan in *tabel 1*. De combinaties omvatten: depressie en impulsief agressief gedrag, depressie en psychotische kenmerken, depressie en angst, en een combinatie van appellerend dreigend gedrag en impulsief agressief gedrag.

Tabel 1. *Toestand van de aangemelde patiënten (n = 433)*

Suïcidepoging	94	22%
Depressieve stoornis	80	19%
Appellerend dreigend gedrag	55	13%
Acute stressreactie	54	13%
Impulsief agressief gedrag	25	6%
Psychotische stoornis	23	5%
Paniekaanval/angststoornis	19	5%
Dreigende desintegratie	9	2%
Combinaties van beelden	62	15%
Onbekend	12	

Zorgkenmerken

De huisarts handelde de meeste hulpvragen af met een huisbezoek (41%) of een telefoongesprek (30%). De overige meldingen werden afgehandeld door een consult met de huisarts op de post (18%), een telefonisch consult met de doktersassistente (8%) of door direct een ambulance te sturen (3%). Bij de telefonische contacten ging het vooral om patiënten van wie bekend was dat zij een psychiatrische voorgeschiedenis hadden.

De interventies van dienstdoende huisartsen waren: contact maken, luisteren en informeren, praten met de hulpvrager, voorschrijven van medicijnen om acute symptomen te verlichten, het op andere gedachten brengen van de patiënt, aanbieden van een vervolgbehandeling/vervolgcontact, verlenen van steun aan de familie en verwijzing naar de tweede lijn (ggz).

Verwijzingen

Spoedverwijzing vond vooral plaats bij een suïcidepoging (54%), bij een psychotische stoornis (48%) en bij personen met extreme angst voor desintegratie (44%).

Patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan, werden direct verwezen naar een afdeling interne geneeskunde in geval van vergiftiging, of naar een afdeling psychiatrie vanwege het actuele suïcidegevaar. De huisarts behandelde mensen met een acute stressstoornis, een hanteerbare paniekaanval, of met minder ernstige gedragsproblemen vaker zelf (*tabel 2*).

Tabel 2. *Spoedverwijzingen per indicatie*

Suïcidepoging	51	54%
Psychotische stoornis	11	48%
Dreigende desintegratie	4	44%
Combinaties	26	42%
Impulsief agressief gedrag	8	32%
Depressieve stoornis	18	23%
Appellerend dreigend gedrag	9	16%
Paniekaanval/angststoornis	3	16%
Acute stressreactie	7	13%

Beschouwing

Tijdens hun diensturen krijgen huisartsen te maken met acute psychiatrische problemen. Inschatting en inperking van het suïciderisico is een van de taken van de dienstdoende huisarts.

Mannen en vrouwen in alle levensfasen, met een piek bij de veertigers, deden een beroep op de huisartsenpost in verband met potentieel levensbedreigende crisissituaties. Slechts sporadisch meldde dezelfde persoon zich binnen één jaar twee keer op de huisartsenpost vanwege suïcidaliteit. Bijna altijd bleek er sprake te zijn van psychosociale problematiek en/of een psychiatrische aandoening. Van de toestandsbeelden scoorde de groep ‘suïcidepoging’ het hoogst, zoals met onze zoekstrategie te verwachten viel. Op de tweede plaats kwam depressie: de stoornis met de sterkste impact op het suïcidecijfer. Ook de verscheidenheid aan diagnoses en gedragsproblemen kwam overeen met in de literatuur vermelde risicodiagnosen.¹⁴

Op de Groningse huisartsenpost kregen de meeste suïcidale patiënten een visite of een telefonisch contact. De telefonische contacten betroffen meestal mensen van wie bekend was

dat zij een psychiatrische voorgeschiedenis hadden. Vermoedelijk was in deze gevallen een telefonisch steunend contact toereikend om de spanning te verminderen en de problemen hanteerbaar te maken. Tegenwoordig kan men deze ‘oude bekenden’ direct met een crisisverpleegkundige van de ggz doorverbinden.

Na een suïcidepoging had de zorg voor de somatische toestand voorrang: in kritieke situaties verwees de dienstdoende huisarts patiënten direct door en gunde hij zichzelf geen tijd om de reden voor de suïcidepoging te achterhalen. Personen die het contact met de werkelijkheid dreigden te verliezen en personen met extreme angstaanvallen verwees hij ook met spoed.

Een enkele keer vermeldde de huisarts dat het niet was gelukt om goed contact te maken met de hulpvrager. Intermenselijke communicatie is een belangrijke graadmeter om tot een adequate inschatting van het suïciderisico te komen. Als er geen wederkerigheid in het contact is, betekent dit waarschijnlijk dat er een hoog suïciderisico is waardoor het onmogelijk wordt om betrouwbare afspraken te maken. Huisartsen vermeldden de sociale context van de hulpvrager, in het bijzonder als er familie aanwezig is die een oogje in het zeil kan houden. Wij rekenen dit gegeven onder de beschermende factoren. Alleenstaanden lopen een hoger suïciderisico.¹²

De dienstdoende huisartsen bieden degenen die ze niet doorverwijzen overbrugging aan naar de zorg van ofwel de eigen huisarts of de al aanwezige contactpersoon van de ggz.

Dit vooruitzicht op continuering van zorg biedt steun aan de hulpvrager en vormt een ingebouwde veiligheidsmaatregel voor de huisarts.

Agressief en manipulerend gedrag roepen soms negatieve emoties op bij de huisarts. Het is voor de huisarts belangrijk om dit te negeren en om zich te richten op de belevingswereld van de patiënt: een empathische houding van de huisarts helpt om een goed contact tot stand te brengen, waardoor er betere afspraken gemaakt kunnen worden.¹⁵

Methodologische beperkingen

Door onze screening op de stamtrefwoorden *suic*, *zelfmo* en *intox* hebben wij mogelijk suïcidegerelateerde oproepen gemist waarin deze termen niet waren gebruikt. Maar omdat de journaalaantekeningen een overdrachtsfunctie hebben, verwachtten wij dat ook in die contacten de term ‘suïcide’ niet vaak zou ontbreken. Doordat onze incidentiecijfers alleen betrekking hadden op diensturen lieten ze zich moeilijk vergelijken met andere incidentiecijfers.

Ook waren vanzelfsprekend de journaalaantekeningen van alle dienstdoende huisartsen zeer divers en waarschijnlijk bij tijd en wijle onvolledig. De door ons gevonden interventies lijken echter een tamelijk compleet beeld te geven van het huisartsgeneeskundige arsenaal.

Conclusie

Huisartsen nemen een sleutelpositie in bij hulpverlening in crisissituaties. Bij de inschatting van het suïciderisico nemen zij een korte psychiatrische anamnese af en beoordelen de situatie waarin de hulpvrager verkeert. Daarbij letten ze op de voorgeschiedenis, de sociale context en de mogelijkheid om betrouwbare afspraken te maken. Huisartsgeneeskundige interventies bestaan uit: luisteren en steun bieden, voorschrijven van medicijnen, beleidsafspraken en verwijzen. Mensen met een hoog suïciderisico worden met spoed verwezen naar de tweede lijn, voor de overige hulpvragers wordt vaak een overbruggingsafpraak gemaakt naar de volgende dag(en) om de continuïteit van zorg te waarborgen. Patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen en patiënten met een psychotische stoornis of extreme angst worden vaker met spoed verwezen.

Prospectief onderzoek naar het effect van interventies van huisartsen op het suïciderisico bij personen in crisissituaties is nodig om meer inzicht te verkrijgen in de beste handelwijze bij deze patiëntengroep.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken dr. J. Post, huisarts, voor zijn inzet bij de extractie van de gegevens van de dokterdiensten Groningen.

Literatuur

1. Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Elsevier Bunge 2003: 116-117.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl>.
3. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(1): 154-162
4. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf R de, Asmundson GJG, Have M ten, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psych.* 2005; 62:1249-1256
5. Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *J Affect Disorders.* 2004; 83:73-77
6. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Coc C, Seidlitz L, DiGiorgio A, Caine ED.

- Competed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *JAGS*. 2000; 48: 23-9
7. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47:383-92
 8. Berglund M, Ojehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol abuse disorders on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998; 22: 333S-345S
 9. Harris C, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psych*. 1997; 170:205-228
 10. Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disord*. 2004; 82:43-52
 11. Milton J, Ferguson B, Mills T. Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis*. 1999; 20:171-7
 12. Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Zee van der J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice*. 2005; 6: 45
 13. Stolper CF, Rutten ALB, Dinant GJ. Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts. *Huisarts Wet*. 2005; 48:16-19.
 14. Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Identifying suicidal ideation in general medical patients. *JAMA*. 1994; 272:1757-1762.
 15. Van Staveren-Boer R. Empathie bij de psychiatrische patiënt. Contact maken bij weerstand. *Huisarts Wet*. 2006; 49:628-631.

Hoofdstuk 7

Opvang van de nabestaanden na een suïcide

M.J.T.Oud en M.H. de Groot:

Opvang van de nabestaanden na een suïcide

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2006; 150:649-652

Samenvatting

In Nederland vinden jaarlijks 1500 suïcides plaats. Een suïcide gaat vaak samen met ernstige psychische stoornissen en met psychische klachten zoals gevoelens van hopeloosheid en onvermogen om de problemen waar men zich voor gesteld ziet het hoofd te bieden. De onomkeerbaarheid van de wanhoopsdaad confronteert de nabestaanden met vele existentiële vragen.

In een klinische les worden drie patiënten beschreven die een eind maakten aan hun leven en de rol van de huisarts die zorgdraagt voor de eerste opvang van de familieleden.

De huisarts wordt vaak als eerste hulpverlener gevraagd om troost te bieden en het rouwproces bij de nabestaanden in gang te zetten. Na verlies van een dierbare is acceptatie van deze realiteit een eerste voorwaarde om het verwerkingsproces op gang te kunnen laten komen. De huisarts helpt de naasten om de achterliggende redenen van een suïcide te reconstrueren en ruimte te scheppen voor het emotionele proces. Ook dient de huisarts het risico in te schatten van een psychische decompensatie bij de nabestaanden, en hieronder valt ook suïcidepreventie omdat nabestaanden een verhoogd risico op suïcide hebben.

Opvang van de nabestaanden na een suïcide

Inleiding

In Nederland vinden jaarlijks 1500 suïcides plaats (www.cbs.nl). Voor de familieleden is suïcide van een dierbare een traumatische gebeurtenis. De zelfdoding komt meestal onverwacht en heeft dikwijls op een wrede manier plaatsgevonden. Het merendeel van de suïcides betreft patiënten die in hun voorgeschiedenis contact hebben gehad met hulpverleners in verband met depressieve, angstige of psychotische episoden;¹ bij hoge uitzondering vindt een suïcide plaats zonder dat er aanwijzingen waren voor een psychiatrische stoornis.² Voor nabestaanden kan het moeilijk zijn om te begrijpen waarom de dood als enige en onherroepelijke uitweg is gekozen.

De achterliggende psychiatrische problemen zijn niet altijd herkenbaar voor de directbetrokkenen. Bij een reconstructie van de gebeurtenissen blijkt dikwijls dat aan de zelfdoding signalen zijn voorafgegaan die wijzen in de richting van suïcidale ideatie. De signalen kunnen echter te weinig specifiek zijn om als zodanig herkend te worden. Vaak wordt wel duidelijk dat er in de perceptie van het slachtoffer een ellendige en ondraaglijke situatie was, waarvoor geen oplossing bestond en waaruit geen ontsnapping mogelijk was.³

Na een zelfdoding vraagt de politie of de GGD meestal aan de huisarts of hij of zij contact wil opnemen met de familie. Op werkdagen zal men de eigen huisarts vragen, buiten kantooruren kan een beroep worden gedaan op de dienstdoende huisarts; deze heeft echter geen relatie met de overledene of diens nabestaanden.

Het rouwbezoek na een suïcide is voor de eigen huisarts geen eenvoudige opgave. Deze ervaart de suïcide van de patiënt als schokkend en als een verlies dat veel vragen oproept.⁴ Omdat de huisarts de patiënt en diens leefsituatie vaak al jaren kent, is hij of zij in staat om met de familie mee te denken over antwoorden op de ‘waaromvraag’, die karakteristiek is voor de rouw na een zelfdoding.⁵ Buiten kantooruren is de situatie complexer. Een dienstdoende huisarts moet zich in een volstrekt onbekende situatie op de hoogte stellen van de toestand van de nabestaanden. Het is zijn of haar taak de eerste opvang te bieden, de crisis te overbruggen en de zorg aan de eigen huisarts over te dragen.

In deze klinische les beschrijven wij drie patiënten die een eind aan hun leven maakten en we gaan in op de rol die de arts in de eerste opvang van de familieleden vervult.

Casuïstiek

Patiënt A was een 43-jarige, alleenstaande vrouw, die 8 jaar tevoren was opgenomen in verband met een ernstige depressie met vitale kenmerken. Nadien was zij psychisch stabiel; zij had een parttimebaan. Soms bezocht zij de huisarts met somatische klachten. Een maand voor haar dood maakte ze een afspraak met haar huisarts omdat zij zich weer erg depressief voelde, met klachten passend bij depersonalisatie. Ze zei geen enkel gevoel meer te hebben en zich van binnen dood te voelen. Ze gaf aan bijzonder angstig te zijn voor controleverlies en desintegratie zoals ze die tijdens de eerdere ziekte-episode beleefd had, en zei dit nooit meer mee te willen maken. De huisarts verzocht de crisisdienst om een spoedbeoordeling door de psychiater en overname van de behandeling. Patiënte werd vrijwillig opgenomen op de gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Na enkele weken leek het suïcidegevaar geweken en er volgde overplaatsing naar een open afdeling. Op de bewuste dag zei patiënte tegen de verpleging dat ze een eindje ging wandelen. Ze liep rechtstreeks naar een hoge flat en sprong van de tiende etage met de dood tot gevolg.

De naaste familie bestond uit haar vader en haar zus. Na het overlijden kwamen zij over om de uitvaart te regelen en de woning te ontruimen. Zij vroegen een huisbezoek aan wegens lichamelijke klachten, maar bleken vooral behoefte te hebben aan een gesprek over hun dochter en zus. Er vond, in overeenstemming met hun behoefte, twee keer een gesprek plaats. Hierin kwam naar voren dat de vrouw in de afgelopen jaren weinig contact met haar familie had onderhouden. In de gesprekken met degenen met wie zij de laatste contacten had, onder wie de huisarts, vormde de familie zich een beeld van het leven van patiënt A in de periode voor haar dood. Hoe was haar psychische toestand? Wat had zij gezegd? Met wie ging zij om? En vooral: wat had haar bezielde? Met de huisarts bespraken de familieleden de moeizame levensloop van de vrouw en in het gesprek met de behandelend psychiater kregen zij informatie over het psychiatrische ziektebeeld, de behandeling en het beloop tijdens de opname. De hulpverleners van de psychiatrische kliniek waren geschokt en vroegen zich af of ze signalen gemist hadden; zij vertelden dat patiënte zich tijdens de opname aangepast gedroeg en haar angsten onder controle leek te hebben. Zij hadden de suïcide niet zien aankomen. De huisarts bood een vervolgcontact aan, mocht de familie daaraan behoefte hebben. Van dit aanbod werd geen gebruik gemaakt.

Patiënt B was een 41-jarige, zelfstandig wonende man met een dwarslaesie op niveau T12. Patiënt had deze dwarslaesie 9 jaar eerder opgelopen bij een motorongeval. Tijdens zijn revalidatie was hij tot voorbeeld geweest voor andere dwarslaesiepatiënten. Na zijn ontslag kon hij zich zelfstandig redden en hij leek optimistisch en met humor door het leven te gaan.

Op zekere dag vroeg hij bij de huisarts een visite aan vanwege diarree. De waarnemend huisarts constateerde een (waarschijnlijk virale) gastro-enteritis. Twee dagen later werd de patiënt dood aangetroffen. Hij had zijn polsen doorgesneden en een briefje achtergelaten waarin hij schreef dat hij er genoeg van had om zichzelf te bevuilen.

De familie had prangende vragen, vooral voor de waarnemende huisarts die als laatste met de man had gesproken. De huisarts arrangeerde een gesprek tussen de familie en deze collega. De familieleden wilden weten welke indruk de huisarts had van hun zoon en broer. Hoe had hij eruitgezien? Hoe keek hij uit zijn ogen? Was hij wanhopig? Gedroeg hij zich vreemd? De waarnemend huisarts beantwoordde de vragen zo concreet mogelijk en voldeed daarmee aan de eerste behoefte van de familie. Na de uitvaart werd het contact afgesloten; het is onbekend of de familieleden verdere hulp hebben gezocht.

Patiënt C was een 41-jarige, gehuwde vrouw met twee zonen in de tienerleeftijd. Haar echtgenoot vond haar thuis nadat zij zich had verhangen in het trapgat. Ogenblikkelijk probeerde hij haar uit de strop te bevrijden, maar dit bleek tevergeefs. Hij belde het alarmnummer 112 en de politie kwam ter plaatse. De gemeentelijk lijkschouwer constateerde een niet-natuurlijke dood en de dienstdoende huisarts werd verzocht om de familie bijstand te verlenen. Deze kende de patiënte en haar familie niet. Hij trof de echtgenoot en de twee kinderen in grote verbijstering aan. Iedereen reageerde op zijn eigen wijze. De echtgenoot had veel last van beelden van de afschuwelijke situatie waarin hij zijn vrouw had aangetroffen en was stil en in zichzelf gekeerd. De oudste zoon voelde zich in de steek gelaten en reageerde met boosheid; de jongste zoon was erg verdrietig. De vrouw had in de week voor haar dood voor alle gezinsleden een cadeautje gekocht. Zij had zich de laatste tijd teruggetrokken en schichtig gedragen, deed vreemde uitspraken en was wantrouwig jegens anderen geweest. Vermoedelijk had zij een depressie met psychotische kenmerken. De dienstdoende huisarts bood de nabestaanden een luisterend oor, schreef een recept uit voor enkele tabletten oxazepam voor de nacht en droeg de informatie over aan de eigen huisarts; die legde de volgende dag een huisbezoek af en maakte afspraken met de familie over vervolgbegeleiding.

In deze gevalsbeschrijvingen laten we u zien dat nabestaanden na een suïcide ernstig geschokt zijn. Zij zijn overvallen door het overlijden en diep getroffen door de handelwijze van hun dierbare. Ze hebben behoefte aan steun om de schok op te kunnen vangen. Daarbij roept de suïcide existentiële vragen op. Wat is de betekenis van deze 'zelfgekozen dood'? Had het voorkomen kunnen worden? De familie heeft direct na de suïcide behoefte aan informatie

over de context waarin de zelfdoding heeft plaatsgevonden. Nabestaanden trachten te doorgronden in welke toestand de patiënt verkeerde vóór het overlijden. Dikwijls worden zij gekweld door schuldgevoelens en gedachten over het lijden dat aan de suïcide van hun dierbare voorafging.

Algemene rouwtheorie

In het proces van verliesverwerking zijn vier zogenaamde rouwtaken te onderscheiden: het aanvaarden van de realiteit van het verlies, het ervaren van de pijn en het verdriet, de aanpassing aan het leven zonder de overledene en tenslotte het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer opvatten.⁶ De rouwtaken hebben in dit model geen vaste volgorde en ze zijn in feite nooit helemaal vervuld omdat de veranderingen in het leven ten gevolge van een verlies wederom leiden tot beleving van gevoelens en vragen om aanvaarding en aanpassing aan de gewijzigde omstandigheden; verliesverwerking is een doorlopend proces en wordt nooit helemaal afgesloten.

Een verlies dat niet goed verwerkt wordt, kan leiden tot gecompliceerde rouw.^{7,8} Een van de kenmerken van gecompliceerde rouw is de neiging om pijnlijke gevoelens omtrent het verlies uit de weg te gaan. Uitgaande van het takenmodel kan men stellen dat gecompliceerde rouw ontstaat als één of meer rouwtaken niet worden vervuld. Gecompliceerde rouw vormt een risicofactor voor psychiatrische ziekte, in het bijzonder depressie en suïcidaliteit.⁸

Verlies door suïcide

Bij de nabestaanden staan vlak na een suïcide dikwijls ongeloof, verbijstering, schuldgevoelens en zelfverwijten centraal, en meestal beheerst hen de vraag hoe het zover heeft kunnen komen. De families van de patiënten A en B hadden in de periode voor de suïcide geen contact met het betreffende familielid gehad. De gezinsleden van patiënt C hadden gemerkt dat zij zich van hen had teruggetrokken.

Patiënt A had een ernstige depressieve stoornis waarbij het suïcidegevaar ogenschijnlijk was geweken. Bij patiënt B waren er geen aanwijzingen voor een psychiatrische stoornis; het motorongeval in de voorgeschiedenis had echter mogelijk te maken met risicovol gedrag, hetgeen een predispositie voor suïcide met zich meebrengt.⁹ Daarnaast is bekend dat patiënten met functionele beperkingen, zoals een dwarslaesie, een tot 5 maal zo grote kans op suïcide hebben.¹⁰ De wanhoop van patiënt B kwam waarschijnlijk voort uit het totale verlies van zijn zelfbeeld nu hij zichzelf ook nog bevuilde. Patiënt C had geen psychiatrische

voorgeschiedenis; bij nauwkeurig luisteren naar het verhaal van de familie werden echter signalen opgemerkt die pasten bij een paranoïde depressie.

De vatbaarheid voor suïcidaliteit wordt bepaald door erfelijke of familiale factoren, vroege traumatische belevingen en psychiatrische (co)morbiditeit. Het risico is het hoogst bij de stemmingsstoornissen, in het bijzonder bij depressies, verder bij schizofrenie, de borderline persoonlijkheidsstoornis en alcoholverslaving. Een ernstig verlies of een opeenstapeling van verliezen bij een tekort aan probleemoplossend vermogen, gevoelens van hopeloosheid en overmatig gebruik van alcohol of drugs kunnen het suïcidale proces versterken.¹¹ Ongeveer 50% van de suïcidepogingen is het resultaat van een impulsieve actie.

Voor nabestaanden is een reconstructie van de toestand die tot de dood heeft geleid van groot belang; alle gegevens kunnen hen helpen zich er een beeld van te vormen hoe hun dierbare tot zijn of haar daad is gekomen, en dit is nuttig voor het aanvaarden van de realiteit van het verlies. Nabestaanden worstelen vaak met schuldgevoelens over het feit dat ze de suïcide niet hebben kunnen voorkomen. Grondige verdieping in de situatie van hun dierbare kan mogelijk leiden tot het besef dat deze vanuit de eigen perceptie van de werkelijkheid ‘met de rug tegen de muur stond’. Dit kan heftige emoties – zoals schuldgevoelens, woede en het gevoel afgewezen of in de steek gelaten te zijn – verzachten. Ook is het mogelijk ‘dubbele’ gevoelens, zoals opluchting en bevrijding (die overigens weer aanleiding kunnen zijn tot schuldgevoelens) te uiten in het licht van de belasting die een psychiatrische stoornis voor de omgeving met zich mee kan brengen.

Rol van de huisarts

Als de huisarts wordt geroepen na het overlijden van een patiënt in de thuissituatie is het zijn of haar taak vast te stellen of het om een natuurlijke dan wel een niet-natuurlijke dood gaat. In het laatste geval, of bij twijfel, zal de huisarts een beroep doen op de gemeentelijk lijkschouwer. Verder omvat de taak van de huisarts de zorg voor de nabestaanden. Het bieden van deze zorg verloopt vloeiender als de huisarts betrokken is geweest bij de begeleiding van een somatisch of psychiatrisch zieke patiënt in de periode voor het overlijden. Voor huisartsen is een rouwbezoek een onderdeel van de dagelijkse beroepsuitoefening, maar een suïcide komt in de huisartsenpraktijk zelden voor en de situatie is bij dit overlijden geheel anders. De hulp van de huisarts wordt meestal pas in tweede instantie ingeroepen, bijvoorbeeld door de politie of de gemeentelijk lijkschouwer. De hulp bestaat onder meer uit het bieden van een luisterend oor, zodat de nabestaanden hun verhaal kunnen doen; verder kan de huisarts hen helpen hun gevoelens te erkennen en voor zichzelf toe te staan, hij of zij kan troost bieden en

in overleg met hen beoordelen wat er de eerste dagen nodig is. De huisarts kan samen met de familieleden het verloop van de gebeurtenissen in de periode voorafgaand aan de suïcide reconstrueren. Het is belangrijk dat hij of zij feitelijke informatie geeft en zoveel mogelijk openheid betracht. Wanneer de suïcide duidelijk vanuit een psychiatrisch toestandsbeeld is gepleegd, kan het verstrekken van bepaalde gegevens in strijd zijn met de eisen van het beroepsgeheim. Dit kan een eerlijk en open gesprek met de familieleden bemoeilijken.

Dergelijke huisbezoeken vergen veel tijd; ze zijn tijdens de avond- en nachtdiensten in de huidige grootschalige dienstenstructuren niet goed te realiseren. Een oplossing zou het inschakelen van de eigen huisarts kunnen zijn, maar deze is niet altijd beschikbaar. In een drukke dienst kan worden overwogen de achterwacht op te roepen om de dienst over te nemen. Hiermee ontstaat ook ruimte voor de emoties die door een dergelijke dramatische gebeurtenis bij de betrokken arts worden opgeroepen en die het moeilijk maken om direct weer over te gaan tot de werkzaamheden die aan de orde zijn.

Nazorg

Uit recent onderzoek naar de effectiviteit van een specifiek hulpaanbod aan nabestaanden van suïcideslachtoffers is gebleken dat 70% van de familieleden kort na de suïcide van hun dierbare behoefte heeft aan professionele hulp.¹² De dood roept vragen op over de betekenis van het bestaan. Bij nabestaanden kunnen existentiële vragen rijzen na elk type overlijden, maar na een suïcide staan deze in een bijzondere context. Een verhoogd suïciderisico bij directe verwanten van het slachtoffer kan een extra indicatie zijn voor nazorg. Suïcide komt in bepaalde families vaker voor;¹³⁻¹⁵ daarnaast kan er binnen zogenaamde ‘suïcidale families’ een toegenomen tolerantie bestaan ten aanzien van suïcidaal gedrag.

Gezien de heterogeniteit van de doelgroep is een breed en flexibel hulpaanbod geïndiceerd.¹⁶ De hulp kan het best laagdrempelig zijn; deze kan bijvoorbeeld geboden worden door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de eerste lijn, met specifieke kennis over rouw na suïcide en over de achtergrond van suïcidaal gedrag. Huisartsen kunnen hierbij een sleutelpositie innemen, gezien hun toegang tot de nabestaanden en hun kennis over de psychiatrische voorgeschiedenis; daarmee zijn zij goed in staat tot een risico-inventarisatie. Bij de GGZ Friesland is in het voorjaar van 2006 een begin gemaakt met een dergelijk hulpaanbod in de eerste lijn, als onderdeel van een programma dat gericht is op suïcidepreventie.

Beschouwing

Verliesverwerking na zelfdoding van een dierbare is een lang en intensief proces waarin nabestaanden proberen de draad van het leven weer op te vatten door de traumatische gebeurtenis een plaats te geven. De arts kan aan dit proces een bijdrage leveren door kort na de suicide aanwezig te zijn, emoties te bespreken, feitelijke informatie te verstrekken en de betekenis van de suicide in het kader te plaatsen van een ondraaglijke en uitzichtloze situatie, die in veel gevallen is ontstaan door psychiatrische ziekte. Ook dient de arts zich een oordeel te vormen over de gezondheidsrisico's van nabestaanden na een suicide.

Literatuur

1. Power K, Davies C, Swanson V, Gordon D, Carter H. Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history. *Br J Gen Pract.* 1997; 47:211-215.
2. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol.* 2001; 30: 154-162.
3. Williams M. The cry of pain. Londen: Penguin; 1997.
4. Halligan P, Corcoran P. The impact of patient suicide on rural general practitioners. *Br J Gen Pract.* 2001;51:295-296
5. Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav.* 2001; 51:91-102.
6. Worden JW. Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. New York: Springer; 1991.
7. Jacobs S, Mazure C, Prigerson H. Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Stud.* 2000; 24:185-199.
8. Latham AE, Prigerson H. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 2004; 34:350-362.
9. Neeleman J, Wessely S, Wadsworth M. Predictors of suicide, accidental death, and premature natural death in a general-population birth cohort. *Lancet.* 1998; 351:93-97.
10. Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschnur AM, Biering-Sorensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998; 79:1356-1361.
11. Neeleman J. Suïcidaliteit. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2001; 145: 515-520.
12. Groot MH de, Keijser J de, Neeleman J. Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36:418-431.

13. Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, Turecki G. Familial aggregation of suicidal behaviour: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1017-1019.
14. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1525-1526.
15. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360:1126-1130.
16. Jordan JR, McMenemy J. Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34:337-349.

Hoofdstuk 8

Gezondheidsproblemen bij schizofreniepatiënten en de zorg van de huisarts

Gepubliceerd als:

MJT Oud en B Meyboom-de Jong:

Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care

BMC Fam Pract 2009; May 6;10:32

Samenvatting

Inleiding

Schizofreniepatiënten krijgen vaak te maken met lichamelijke ziekten maar zij interpreteren hun klachten niet altijd goed en gaan er niet snel mee naar de huisarts. Huisartsen vinden dat preventie en diagnostiek van lichamelijke ziekten en de behandeling van chronische lichamelijke ziekten tot hun basistakenpakket behoren. Zij hebben echter geen specifiek beleid ontwikkeld voor de begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten en er zijn geen richtlijnen over de diagnostiek en behandeling van de somatische comorbiditeit. Doel van dit onderzoek is om systematisch literatuur te onderzoeken naar de prevalentie en behandeling van somatische comorbiditeit van schizofreniepatiënten in de huisartsenpraktijk.

Methode

De databestanden van MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, en de Cochrane Library zijn systematisch onderzocht en de publicaties van oorspronkelijke onderzoeken over lichamelijke ziekten van schizofreniepatiënten en de behandeling hiervan in de eerste lijn werden geselecteerd.

Resultaten

De resultaten van de zoekopdracht tonen aan dat de incidentie van een breed spectrum van ziekten, zoals diabetes mellitus, het metabole syndroom, hart-vaatziekten, en COPD significant vaker voorkomen bij schizofreniepatiënten dan in de algemene bevolking. Hun gezondheidstoestand staat achter op allerlei gebieden en dit komt deels door hun inadequate wijze van hulpzoeken. Huisartsen lijken hier in hun beleid weinig rekening mee te houden. Toch wordt de zorg van de huisartsen zeer gewaardeerd door de patiëntengroep.

Conclusie

Schizofreniepatiënten hebben een verhoogd risico voor verborgen somatische comorbiditeit. Zij presenteren hun lichamelijke klachten in een later, ernstiger stadium. Huisartsen zouden hier rekening mee kunnen houden door een proactieve werkwijze aan te nemen. De ontwikkeling van een richtlijn voor huisartsen waarin hun taken en verantwoordelijkheden helder worden beschreven, kan bijdragen aan de gewenste verandering in het beleid ten aanzien van opsporen en behandelen van somatische comorbiditeit bij deze groep patiënten.

Gezondheidsproblemen bij schizofreniepatiënten en de zorg van de huisarts

Inleiding

Patiënten met chronisch psychotische stoornissen hebben een verhoogd risico op somatische (co)morbiditeit. Tot de chronisch psychotische stoornissen worden gerekend schizofrenie, schizo-affectieve stoornissen, bipolaire stoornissen en recidiverende psychotische depressies. In de literatuur worden deze ziektebeelden vaak gezamenlijk benoemd als ‘ernstige psychische stoornissen’ of ‘severe mental illness’ (SMI). Vooral schizofreniepatiënten hebben een hoog risico op ziekte en sterfte.¹ Meerdere factoren dragen hieraan bij.²⁻⁵ Intrinsieke oorzaken zijn de psychische en lichamelijke stress waarmee de stoornis gepaard gaat, evenals de negatieve symptomen, zoals cognitieve achteruitgang en verlies van initiatief. Extrinsieke oorzaken zijn een ongezonde leefstijl, roken, gebruik van ‘fastfood’, weinig lichaamsbeweging en bijwerkingen van de farmacotherapie.⁶ Ook antipsychotische medicatie vergroot de kans op het metabole syndroom en diabetes mellitus.⁷

In hun uitgebreide literatuuroverzicht onderscheiden Leucht et al. vier oorzakelijke factoren voor de toegenomen somatische co-morbiditeit bij schizofreniepatiënten.⁸ Deze zijn: ziektegebonden factoren, bijwerkingen van de farmacotherapie, omgevingsfactoren waaronder werkloosheid, armoede, en stigma's van een psychiatrische ziekte, en artsgebonden factoren.

Hoewel een meerderheid van de schizofreniepatiënten regelmatig contact heeft met de huisartspraktijk,⁹ lopen zij achter wat betreft diagnostiek en behandeling van lichamelijke ziekten.¹⁰ Huisartsen zijn zich waarschijnlijk onvoldoende bewust van de gezondheidsproblemen waar deze groep patiënten mee kampt. Om adequate zorg te kunnen bieden, is het nodig dat huisartsen meer kennis hebben van het ziektebeloop en de somatische co-morbiditeit bij deze patiënten,⁸ en dat zij een duidelijke taakomschrijving binnen de multidisciplinaire samenwerking hebben. In deze zaken valt nog veel te verbeteren.^{11,12}

Huisartsen hebben geen standaard of richtlijn waarin het beleid wordt beschreven ten aanzien van diagnostiek en behandeling van somatische aandoeningen bij patiënten met schizofrenie en verwante psychosen. Wij veronderstellen dat een dergelijke richtlijn zal bijdragen aan de gewenste kwaliteitsverbetering in de zorg voor schizofreniepatiënten. Zeker als deze richtlijn voorziet in de leemten die in de huidige huisartsgeneeskundige zorg worden gesignaleerd.

Het bovenstaande in aanmerking genomen, hebben we besloten gegevens te verzamelen over de somatische co-morbiditeit van patiënten met chronische psychotische stoornissen en hun behandeling in de huisartsenpraktijk met als onderliggend doel om het nut van een richtlijn voor huisartsen aan te tonen.

We formuleerden de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de prevalentie van somatische comorbiditeit van schizofreniepatiënten in de huisartsenpraktijk?
- Welke zorg past bij schizofreniepatiënten en komt de huisarts hieraan tegemoet?

Methode

De zoekactie werd uitgevoerd over de periode 1990 tot september 2007 in de medische literatuurbronnen van MEDLINE, EMBASE, PsychINFO en de Cochrane Library. We zochten met de trefwoorden 'mental disorders' OR 'psychosis' OR 'schizophrenia' AND 'somatic problems' OR 'physical illness' OR 'physical disease' OR 'diabetes mellitus' OR 'cardiovascular disease' AND 'general practice' OR 'general practitioner' OR 'family physician' OR 'family practice'. Omdat we slechts weinig artikelen vonden over schizofreniepatiënten in de huisartspraktijk hebben we de selectie uitgebreid met publicaties over ambulante patiënten, casu quo de populatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.

We vonden 186 abstracts en selecteerden hieruit de originele onderzoeksartikelen. Met behulp van de literatuurreferenties van deze artikelen hebben we meer artikelen geselecteerd op basis van hun relevantie voor de huisartsgeneeskunde. We beperkten ons tot artikelen over gezondheidsproblemen waarmee de huisarts te maken krijgt. Artikelen met onderzoek naar welbevinden, afwijkende laboratoriumwaarden zónder gezondheidsproblemen, of naar mortaliteit, werden geëxcludeerd. Bij studies met meerdere vraagstellingen beperkten we ons tot de conclusies die betrekking hadden op de twee door ons geformuleerde onderzoeksvragen.

De auteurs voerden de selecties onafhankelijk van elkaar uit. Vervolgens hebben ze de geselecteerde artikelen met elkaar vergeleken, en door middel van discussie werd consensus bereikt over in- of exclusie van de artikelen. Eén artikel over kleine aangeboren afwijkingen werd daarbij alsnog geëxcludeerd omdat het onderwerp niet relevant was voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Er werd een rapportageformulier gemaakt waarmee de relevante informatie van de afzonderlijke studies betrouwbaar kon worden weergegeven en vergeleken.

Resultaten

We vonden 15 originele onderzoeksartikelen over somatische (co)morbiditeit bij schizofreniepatiënten (tabel 1), en zes originele onderzoeksartikelen over diagnostische procedures en behandeling van somatische co-morbiditeit bij schizofreniepatiënten (tabel 2).

Prevalentie van somatische comorbiditeit

De onderzoeksdesigns over prevalenties van somatische co-morbiditeit omvatten zes database studies, vijf dwarsdoorsnede onderzoeken (cross-sectional studies), één vervolgonderzoek (cohort), twee nested case-control studies, en één patiëntcontrole onderzoek (case-controlstudie).

De retrospectieve onderzoeken gingen over grote gegevensbestanden waarvan vier afkomstig waren uit huisartsennetwerken (drie uit het Verenigd Koninkrijk, en één uit Italië), één bestand van Finland's National Hospital Discharge and Disability Pension Register, en drie grote verzekeringsbestanden uit de Verenigde Staten.

Het onderzoek van Meyer et al. was uitgevoerd in de basisgegevens van de Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness (CATIE). Omdat het een cohort betrof van ambulante schizofreniepatiënten hebben we besloten om deze ook studie in te sluiten.

De prevalentie van chronische lichamelijke ziekten onder patiënten met ernstige psychische stoornissen (SMI) bleek hoog te zijn. Jones et al. vonden zelfs een prevalentie van 74% in een kleine dwarsdoorsnede studie onder 147 Medicaid verzekerden (gem. lftd 38 jaar, SD \pm 10 jaar). In hun onderzoek was de prevalentie van chronische longziekten het hoogst (31%). Deze chronische longziekten kwamen echter vaker voor bij patiënten met een affectieve psychose dan bij schizofrenie patiënten. De groep infectieziekten genereerden de hoogste jaarlijkse behandelkosten, en dit ging vaak gepaard met middelenmisbruik en dakloosheid. Hogere leeftijd, vetzucht, en middelenmisbruik voorspelden de ernst van de gezondheidsproblemen.

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) werd als eerste geïdentificeerd als een co-morbide ziekte bij schizofrenie patiënten en bij gebruikers van antipsychotica. De prevalentie van diabetes mellitus bleek in vijf studies afkomstig uit drie verschillende landen aanzienlijk verhoogd: 9-

14%. Van deze studies was de studie van Kornegay et al. prospectief, de andere waren retrospectief.¹³⁻¹⁷

Het relatieve risico om DM te ontwikkelen was bij schizofreniepatiënten 2 tot 3 maal hoger dan bij gezonde mensen. Dixon et al. onderzochten twee grote Amerikaanse sociale verzekeringsbestanden: Medicaid en Medicare, en interviewden 719 patiënten met schizofrenie en verwante stoornissen zoals schizoaffectieve en schizofreniforme stoornissen.

De prevalentie van op dat moment behandelde diabetes was 9 tot 14%. Oudere leeftijd, vrouwelijk geslacht, en Afrikaans-Amerikaanse afkomst gingen samen met een toegenomen kans op diabetes. Dixon's onderzoek, uit de vroege negentiger jaren, suggereerde dat diabetes mellitus al een belangrijk probleem was vóór het wijdverspreide gebruik van atypische antipsychotica.¹⁴

Carlson et al. deden retrospectief onderzoek in de UK General Practice Research Database, waarbij ze de incidentie van diabetes mellitus bij patiënten blootgesteld aan conventionele en atypische antipsychotica vergeleken met de incidentie van diabetes mellitus in een ongeselecteerde populatie uit de huisartsenpraktijk. De incidentie van diabetes mellitus tijdens het gebruik van conventionele antipsychotica was 7.7 per 1000 patiëntjaren (BI = 6.7-8.7) en 9.8 per 1000 patiëntjaren (BI = 7.4-12.2) tijdens gebruik van atypische antipsychotica. Deze incidenties waren significant hoger dan die in de populatie van de General Practice Research Database, welke 3.3 was.¹⁵

Sacchetti et al. deden een retrospectief cohortonderzoek in een Italiaans huisartsenregistratienetwerk,¹⁶ waarbij ze patiënten die antipsychotica gebruikten vergeleken met patiënten zonder antipsychoticagebruik. Bij deze patiënten vergeleken zij de incidentie van diabetes mellitus (per 1000 patiëntjaren) bij gebruik van haloperidol (N = 2071), olanzapine (N = 266), risperidone (N = 567) en quetiapine (N = 109) met een controlegroep (N = 6026). De gevonden Hazard Ratio's waren: 12.4% voor de groep haloperidolgebruikers, 20.4% voor de groep olanzapinegebruikers, 18.7% voor de groep risperidonegebruikers, en 33.7 % voor de groep quetiapinegebruikers. De vier behandelgroepen verschilden teveel in omvang om hieruit specifieke conclusies te kunnen trekken.

Kornegay et al. deden een 'nested case-controlstudy' in de UK General Practice Research Database onder volwassenen die minstens één episode (tussen januari 1994 en december 1980) werden behandeld met antipsychotica. Zij vergeleken deze groep met een naar leeftijd en geslacht vergelijkbare controlegroep.¹⁷ De behandelde groep (met conventionele of atypische antipsychotica) bleek een verhoogd risico te hebben op diabetes mellitus (Odds ratio 1.7), en deze uitkomst was onafhankelijk van andere bekende risicofactoren.

Cardiovasculaire risicofactoren

Schizofrenie patiënten hadden, ook zonder medicatiegebruik, meer risico (prevalentie 36%) om het metabole syndroom te ontwikkelen. En dit ging gepaard met een lagere waardering van de eigen gezondheid.¹⁸ Lamberti et al. toonden aan dat patiënten die ten minste zes maanden clozapine gebruikten een verhoogde kans (53.8%) hadden op het metabole syndroom ten opzichte van een qua leeftijd, geslacht en ras vergelijkbare controlegroep (20.7%).¹⁹ Meerdere cardiovasculaire risicofactoren waren significant verhoogd bij schizofrenie patiënten. Osborn et al. vonden, behalve de verhoogde kans op DM, ook een verhoogde cholesterol/ HDL ratio en frequenter tabaksmisbruik.²⁰ Sommige risicofactoren waren al aanwezig voordat de psychotische stoornis manifest was geworden. Samele et al. vergeleken de zelfervaren gezondheid en de cardiovasculaire risicofactoren bij 89 patiënten met een eerste psychotische episode ten opzichte van die naar leeftijd en geslacht vergelijkbare controlegroep. Patiënten met een eerste psychotische episode rookten vaker sigaretten en zij aten vaker 'fast food', maar deze risicofactoren zouden ook door de werkloosheid verklaard kunnen worden.

Ademhalingsapparaat

Luchtwegproblemen, COPD en een verminderde longfunctie waren significant verhoogd.²¹⁻²³ Himelhoch et al. vergeleken de prevalentie van COPD met behulp van gevalideerde vragenlijsten bij een cohort van 200 patiënten met ernstige psychische stoornissen (gem. ldt 44 jaar en 60% roker) met die van naar leeftijd, geslacht en ras gestratificeerde vergelijkbare controlegroepen. 22.6% van de patiënten met ernstige psychische stoornissen was bekend met COPD. Carney et al. analyseerden longitudinale ziektekostenclaims van schizofrenie patiënten ten opzichte van de algemene bevolking en vonden hierbij voor COPD een Odds Ratio 1.88.²³

Andere / overige comorbiditeit

In hun grote database onderzoek vonden Carney et al. een verhoogde kans op: hypothyreoïdie, hepatitis C, en elektrolytstoornissen.²³ Lichtermann et al. vonden een toegenomen risico op keel- en longkanker in een grootschalig Fins databaseonderzoek, daarentegen vonden Hippisley-Cox et al. in een klein patiëntcontrole onderzoek een lager risico op longkanker, en een hoger risico op borstkanker en dikke darmkanker.

Uit een vragenlijstonderzoek bleek dat schizofrenie patiënten aangaven net zo vaak als anderen last te hebben van spanningshoofdpijn en migraine maar zij vertellen dit niet spontaan en wachten vaak langer met hulp zoeken.²⁶

Deze ‘patient delay’ bleek ook bij het onderzoek van Viertiö et al. Zij constateerden dat schizofreniepatiënten vaker een slecht gezichtsvermogen hebben omdat zij niet uit zichzelf naar een oogarts of opticien gaan.

Tabel 1. Somatische comorbiditeit bij psychotische aandoeningen

<i>Eerste auteur</i>	<i>Periode</i>	<i>Design</i>	<i>N</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Conclusies</i>
Jones 2004 USA ¹³	1996- 2000	Dwarsdoor snede onderzoek van Medicaid claims	147 pt met ernstige psych stn	Prevalentie 74% werd behandeld ivm chronische lich. ziekte. 50% had 2 of meer chron. lich. ziekten. 31% chron. longziekte	Somatische co-morbiditeit komt vaak voor in combinatie met ernstige psychische stoornissen en hiermee dient men rekening te houden bij beleid- en budgetafspraken
Dixon 2000 USA ¹⁴	1991- 1996	Database onderzoek en interviews	6066 Medicaid 14182 Medicare 719 PORT	Prevalentie bij schizofr pt Beh. ivm DM: 9-14% Subgroepen 65+ : 18.8 - 20.8% Vrouwen: 15.0 - 21.9% Negers: 11.6 - 18.5%	DM was al een ernstig probleem bij schizofrenie pat. vóór de opkomst van het wijdverbreide gebruik van atypische antipsychotica
Carlson 2006 UK ¹⁵	1994- 2002	Cohort onderzoek	59089 conv antipsyc 9053 atyp antipsyc 1491548 ctrls	Hazard ratio voor DM Conv antipych. : 1,9 Atyp antipsych : 2,9	Gebruik van antipsychotica geeft een verhoogd risico op DM.
Sacchetti 2005 Italië ¹⁶	1996- april 2002	Cohort onderzoek Huisartsen registratie netwerk	2071 haldol 266 olanzapi 567 risperido 109 quetiapin 6012 ctrls	Hazard ratio voor DM HR olanzapine: 20.4 HR risperidone: 18.7 HR quetiapine: 33.7 HR haloperidol: 12.4	De incidentie van diabetes mellitus is significant verhoogd bij gebruik van antipsychotische medicijnen
Kornegay 2002 UK ¹⁷	1994- 1999	Nested case control study in huisartsen registratie netwerk	424 nieuwe DM vs. 1522 ctrls	Odd ratio OR voor recent antipsychoticumgebruik bij een nieuwe diabeet is 1.7	Gebruikers van antipsychotica hebben een toegenomen kans op DM, onafhankelijk van andere risicofactoren
Meyer 2005 USA ¹⁸	2001- juni 2003	Cohort onderzoek	1231 schizofr pt (18-65jr)	Prevalentie van metabole syndroom bij schizofr pt is 35,8%	Schizofrenie patiënten hebben vaker het metabole syndroom en ervaren een slechtere gezondheid
Lamberti 2006 USA ¹⁹	Niet vermeld	Dwars doorsnede onderzoek	93 clozapine vs. 2701 ctrls	Prevalentie van metabole syndroom bij clozapinegebr ctrls 53.8% 20.7%	Clozapine gebruikers hebben significant verhoogd risico om het metabole syndroom te ontwikkelen
Osborn 2006 UK ²⁰	2003	Dwars doorsnede onderzoek	74 pt met ernstige psych stn vs. 48 ctrls	Odd ratio OR hoog 10-jrs risico HVZ 1.8; OR hoog chol/HDL ratio 1.8; OR voor DM 3.8; OR voor roken 3.0	Psychotische pt hebben hoge risicofactoren op HVZ: verhoogd chol, laag HDL chol, DM, en roken.
Samele 2007 UK ²¹	1999- 2001	Patiënt- controle onderzoek	89 eerste psychose pt. 89 ctrls	Odd ratio OR voor lich. ziekte 2.85 OR voor roken 1.82 OR voor 'fastfood' 1.04	Bij een eerste psychose zijn er al risicofactoren voor lichamelijke ongezondheid; deze factoren kunnen ook verklaard worden door werkloosheid
Himelhoch 2004 USA ²²	mrt 2000- dec 2000	Dwars doorsnede onderzoek	185 pat met ernstige psych stn vs. 2706 ctrls	Prevalentie Roken 60,5% COPD 22,6% Astma 18,5% pt	De prevalentie van COPD is significant hoger bij patiënten met ernstige psychische stoornissen. Voorspellende factoren zijn: leeftijd, mannelijk geslacht, en roken

Vervolg tabel 1.

<i>Eerste auteur</i>	<i>Periode</i>	<i>Design</i>	<i>N</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Conclusies</i>
Carney 2005 USA ²³	1996- 2002	Database onderzoek ziektekosten claims	1074 schizofr pt vs. 726262 ctrls	Odd ratio voor COPD 1.88 Gecomplic DM 2.11 Hypothyreoidie 2.62 Hepatitis C 7.54 Electrolytstoornis 4.21	Schizofrenie gaat gepaard met een aanzienlijke chronische ziektebelasting. Kennis hierover is nuttig bij het opzetten van zorgprogramma's voor psychiatrische patiënten
Lichterman 2001 Finland ²⁴	1971- 1996	Cohort onderzoek	26.996 schizofr pt.	Incidentie bij schizofr.pt. voor kanker is 1.17 voor longkanker 2.17 voor keelkanker. 2.60	Schizofreniepat. hebben meer kans op long- en keelkanker; dit kan het gevolg zijn van leefstijlfactoren (roken en alcoholgebruik)
Hippisley-Cox 2007 UK ²⁵	1995- 2005	Nested case- control study	139 schizofr pt. ctrls 571	Odd ratio voor mammacarcinoma is 1.52 coloncarcinoom is 2.90 longkanker is 0.53	Schizofreniepat. hebben hoger risico op coloncarcinoom en lager risico op longkanker.
Kuritzky 1999 Israël ²⁶	1999	Dwars doorsnede onderzoek	108 schizofr pt. vs. 100 ctrls	Prevalentie schizofr.pt. hoofdpijn 48% ctrls hoofdpijn 41%. Met daarin zelfde verdeling spanningshoofdpijn versus migraine	Schizofreniepat. hebben even vaak spanningshoofdpijn en migraine maar zij klagen minder.
Viertio 2007 Finland ²⁷	sept 2000 - juni 2001	Dwars doorsnede onderzoek	Verte zien: 56 schizofr pt. vs 6588 ctrls Dichtbij zien: 51 schizofr pt vs. 6415 ctrls	Odds Ratio voor verminderde visus: 5,04 OR voor bijziendheid: 6,22. 44% schizofrenia pt. had visual examination < 5 years; with 69,7% in the total sample	Schizofreniepat. hebben vaker een slechte visus (zowel bijziend als verziend) maar laten minder vaak hun ogen controleren.

Screening, diagnostiek en behandeling van somatische comorbiditeit (tabel 2)

We vonden twee cohort studies en één patiëntcontrole onderzoek over de zorg aan psychotische patiënten, en we vonden drie studies naar de opvattingen van patiënten over screening, diagnostiek en behandeling.

Tsay et al. onderzochten een groot cohort patiënten dat in het ziekenhuis was behandeld voor een acute appendicitis. Zij toonden aan dat schizofreniepatiënten een 2.8 maal grotere kans hadden dat hun appendix bij aanvang van de behandeling al gebarsten was.²⁸

Deze vertraagde start van de medische behandeling bleek ook het geval bij hypertensie, dyslipidemie en DM. Nasrallah et al. vonden in de basisgegevens van the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial dat diabetes mellitus bij 30% van de schizofreniepatiënten niet werd behandeld. Hypertensie werd bij 62% niet behandeld, en vetstofwisselingsstoornis werd bij 88% niet behandeld.²⁹

Roberts et al. onderzochten journaalaantekeningen van 195 schizofreniepatiënten en van 390 gemaakte controles.³⁰ Zij vonden bij schizofreniepatiënten significant minder vermeldingen van bloeddruk- en cholesterolwaarden.

Huisartsen bleken zich vaak niet bewust te zijn van het verhoogde risico op lichamelijke ziekten bij schizofreniepatiënten, en zij hadden weinig kennis van de bijwerkingen van antipsychotische geneesmiddelen.³¹

Osborn et al. nodigden 182 schizofreniepatiënten en 313 controlepersonen uit voor een cardiovasculaire risico-inventarisatie. Schizofreniepatiënten waren hierin minder geïnteresseerd dan de controlegroep: Odds Ratio 0.76 (0.53-1.10), toch bleek hun belangstelling groter dan de onderzoekers hadden verondersteld.³²

Beecroft et al. vergeleken de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen met die van patiënten die naar de huisarts gingen, patiënten die naar de geestelijke gezondheidszorg gingen, en patiënten die beide bezochten. Hiervoor interviewden zij 309 patiënten met een psychotische stoornis. De patiënten die in het voorafgaande half jaar bij hun huisarts waren geweest, waren meer tevreden over de verkregen zorg.³³ De onderzoekers veronderstelden dat er beter aan de zorgbehoeften van deze patiënten kan worden tegemoet gekomen als huisartsen een proactiever beleid zouden voeren waarbij patiënten worden gestimuleerd om naar hun huisarts te gaan.

Table 2. Screening, diagnostiek en behandeling van somatische comorbiditeit

<i>Auteur</i>	<i>Design</i>	<i>N</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Conclusies</i>
Tsay, 2007 Taiwan ²⁸	Cohort onderzoek	97589 pat. met acute appendicitis	OR van geperforeerde appendix bij Schizofrenie pat: 2.83 Affectieve psychose: 1.15 Andere psych stn: 1.58 Geen psych stn: 1.0	Psychiatrische pat. hebben achterstand in het tijdig verkrijgen van behandelingen voor lich. ziekten; schizofreniepatiënten zijn de kwetsbaarste groep.
Nasrallah, 2006 USA ²⁹	Cohort onderzoek CATIE Schizofr Trial	1460 schizofr. pat. (18-65jr)	Prevalentie van: pts met onbehandelde DM: 30,2% pts met onbehandelde hypertensie: 62,4% pts met onbehandelde dyslipidemia: 88,0%	De kans is groot dat metabole stoornissen en hoge bloeddruk niet worden behandeld bij schizofrenie patiënten
Roberts, 2007 UK ³⁰	Retrospect patient-controle onderzoek	195 schizofr. pat. 390 matched astma pat. 390 matched controls	OR of bloeddrukmetingen bij schizofr pts: 0,51 (vs. astma pts) en 0,68 (vs. controls) OR van cholesterolbepalingen bij schizofr pts: 0,50 (vs. astma pts) en 0,58 (vs. controls)	Schizofrenie pat. hebben grote kans om enkele belangrijke gezondheidsmetingen mis te lopen.
Wright, 2006 UK ³¹	Kwalitatief onderzoek	31 pat. met ernstige psych stn. 8 huisartsen 2 nurse pract. 25 ggz werkers	Huisartsen hebben onvoldoende ervaring met / kennis van ernstige psychische stoornissen en bijwerkingen van antipsychotische medicijnen. Ggz werkers weten weinig van cardiovasc. risicoscreening en hebben moeite met de interpretatie en behandeling van uitkomstmaten.	Management van de lichamelijke gezondheidszorg voor mensen met ernstige psychische stoornissen vereist complexe oplossingen tussen de 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn.
Osborn, 2003 UK ³²	Experiment	182 pat. met psychot stn 313 controls	OR deelname van pts aan cardiovasc risicoscreening: 0.76 Psychotische pts gingen vaker (gem. 1.8 x) naar hun huisarts.	Interesse van psych pts voor hartvaatrisico-inventarisatie kwam overeen met dat van andere onderzoeken aangaande bloedtesten in de algemene bevolking
Beecroft, 2001 UK ³³	Interviews	309 at rand gekozen pat. uit een groep van 566 pat. met psychotische stn	Pat. die in voorafgaande zes maand de huisarts hadden bezocht, waren vaker (83% vs. 50%) tevreden over de omvang en de kwaliteit van de somatische zorg.	Pat. met ernstige psychische stoornissen moeten aangemoedigd worden om naar hun huisarts te gaan. Er zijn sterke argumenten voor een jaarlijkse gezondheidsbeoordeling door de huisarts bij patiënten met ernstige psychische stoornissen.

OR = Odds ratio

Beschouwing

De uitkomsten van deze literatuurstudie laten zien dat schizofrenie patiënten een aanmerkelijk hoger risico hebben op lichamelijke co-morbiditeit dan de algemene bevolking.³⁴ Deze lichamelijke comorbiditeit betreft een breed scala van aandoeningen. Patiënten met psychotische stoornissen hebben grote kans op onderdiagnostiek en onderbehandeling en dit

komt hun gezondheidstoestand niet ten goede. Zowel de chronische als de acute ziektebeelden worden pas laat herkend.

De aard van de psychische ziekte leidt ertoe dat patiënten moeite hebben om lichamelijke signalen juist te interpreteren. Bovendien zijn schizofrenie patiënten niet zo geneigd om spontaan over hun klachten te praten en vinden zij het ingewikkeld om hulp in te schakelen.³⁵ Een kleine groep vermijdt bemoeienissen met anderen zelfs helemaal.

Schizofrenie wordt gekenmerkt door negatieve symptomen en cognitieve achteruitgang, het dagelijkse leven wordt belemmerd door inactiviteit en gebrek aan initiatief. Dit draagt weer bij aan het negeren van klachten en verwaarlozing.

Schizofreniepatiënten hebben moeite om zich aan te passen aan de eisen van de samenleving en zich in die samenleving te handhaven. Dit levert stress op. Om deze stress te reduceren nemen zij hun toevlucht tot nicotine, cannabis, alcohol of andere roesmiddelen. Helaas kunnen door deze ‘zelfmedicatie’ de psychotische symptomen verergeren, en zo ontstaat er een vicieuze cirkel wat leidt tot een bestaan aan de rand van de samenleving.

Alle bovenvermelde handicaps maken dus dat schizofreniepatiënten pas laat hulp zoeken met nadelige gevolgen voor hun gezondheid.^{35, 36} De schizofrenie patiënten die wél naar hun huisarts gaan, waarderen de verleende zorg zeer.^{37, 38} En degenen die regelmatig naar hun huisarts gaan, zijn tevreden over de geboden zorg. Toch kunnen huisartsen beter aan de zorgbehoefte van schizofrenie patiënten tegemoet komen, als zij een proactiever beleid zouden voeren met vervolgafspraken waardoor de patiënt wordt gestimuleerd om de huisarts te raadplegen.^{32, 33}

Patiënten met ernstige psychische stoornissen kunnen lijden aan eenzaamheid, en aan verlies van perspectief, hoop en zingeving. Deze patiëntgebonden factoren kunnen van invloed zijn het belang dat zij hechten aan diagnostiek van risicofactoren. We hebben geen onderzoek gevonden naar de invloed van deze factoren op het handelen van de arts binnen de stilzwijgende behandelovereenkomst tussen patiënt en arts.

Compassie met de patiënt en bieden van een laagdrempelige zorg zijn prioriteiten van huisartsen.³⁹ Uit ervaring weten zij dat té dicht bij komen bij een psychotische of paranoïde patiënt kan leiden tot diens terugtrekking uit de medische zorg. De huisarts moet balanceren tussen de noodzakelijke zorg bieden zonder daarin het contact met de patiënt te verliezen.

Methodologische beperkingen

Enkele onderzoeken betroffen patiënten met ernstige psychische stoornissen, ‘severe mental illness (SMI)’ Deze groep is breder dan de schizofreniepatiënten, maar bestaat voor het grootste uit patiënten met psychotische stoornissen. Vier studies betroffen gebruikers van antipsychotische geneesmiddelen, en drie studies onderzochten niet de patiënten maar de ziektekosten.

De meeste studies waren uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk (n=9) en in de Verenigde Staten (n=7); twee onderzoeksverslagen kwamen uit Finland, één uit Italië, één uit Israël, en één uit Taiwan. In al deze landen levert de huisarts de eerstelijnszorg, maar de positie en de taken van de huisartsen kunnen daarin nogal uiteenlopen. De resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar landen met een ander gezondheidszorgsysteem.

De toegepaste onderzoeksmethodes varieerde aanmerkelijk, met als gevolg dat de bewijskracht van de studies niet even sterk is. De kwaliteit van de bewijskracht met betrekking tot onze eerste onderzoeksvraag is het beste bij de patiëntcontrole studies van Kornegay, Samele, en Hippisley-Cox, en voor de tweede onderzoeksvraag is dit het geval bij de studie van Roberts et al.

Ofschoon de uitkomstmaten van de studies variëren, willen we benadrukken dat de resultaten allemaal in dezelfde richting wijzen, op één uitzonderling na: het risico op longkanker.

De resultaten van de verschillende onderzoeken worden in verschillende uitkomstmaten weer gegeven: odds ratio's, hazard ratio's, gestandaardiseerde incidentiecijfers (SIR) en prevalenties. Hierdoor is het niet mogelijk om per ziekte een gezamenlijke uitkomst te berekenen.

‘Diabetes mellitus’ en ‘Cardiovasculaire risico’ hebben we als een aparte zoekterm opgevoerd, daardoor zou het kunnen zijn dat deze aandoeningen zijn overbelicht.

Conclusies

Patiënten met schizofrenie en verwante psychosen hebben meer risico op overgewicht, diabetes mellitus, hypertensie, hart- en vaatziekten, COPD, hypothyreoïdie, visusproblemen, en complicaties bij acute aandoeningen, dan andere patiënten in de huisartsenpraktijk. Huisartsen dienen zich dit te realiseren. De suboptimale gezondheid van deze groep patiënten hangt samen met ziektespecifieke factoren, geneesmiddelbijwerkingen, patiëntgerelateerde factoren, en artsgebonden factoren.

Huisartsen dienen het zorgproces beter af te stemmen op de cognitieve en sociale mogelijkheden en beperkingen van deze patiënten, en structureel aandacht te hebben voor de lichamelijke gezondheidstoestand. Invoeren van periodiek onderzoek naar lichamelijke ziekten en risicofactoren zal bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven van deze complexe patiëntengroep. Tegelijk moet de huisarts ook nagaan welke waarde de patiënt zelf hecht aan screening, diagnostiek en behandeling om zo tot een gezamenlijk beleid te komen. Hierbij is het van belang dat de huisarts communiceert op een wijze die aansluit bij de cognitieve mogelijkheden van de patiënt.

Aanbeveling

Het ontwikkelen van een richtlijn voor huisartsen met betrekking tot de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen, met een heldere beschrijving van hun taken in de diagnostiek en behandeling van de somatische (co)morbiditeit, kan bijdragen aan de gewenste kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg.

Literatuur

1. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:212-7.
2. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005; 150:1115-21
3. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul; 19(4):432-7.
4. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(suppl 9):5-11
5. Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2009. 119:4-14.
6. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *MJA* 2003; 178:S67-70
7. Balf G, Stewart DT, Whitehead R, Baker RA. Metabolic adverse events in patients with mental illness treated with antipsychotics: a primary care perspective. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008; 10:15-24
8. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical Illness and Schizophrenia. A Review of the Evidence. Cambridge. Cambridge University Press; 2007.
9. Dickerson FB, McNary SW, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Dixon LB: Somatic

- healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Med Care* 2003, 41:560-70.
10. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ*. 2001, 322(7284): 443-4.
 11. Bindman J, Johnson S, Wright S, Szmukler G, Bebbington P, Kuipers E, Thornicroft G. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry*. 1997, 171:169-74.
 12. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, Maj M, McIntyre RS, Naber D, Newcomer JW, Olfson M, Osby U, Sartorius N, Lieberman JA. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*. 2008, 69:514-9.
 13. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2004, 55:1250-7.
 14. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, Lehman. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull*. 2000, 26:903-12.
 15. Carlson C, Hornbuckle K, DeLisle F, Kryzhanovskaya L, Breier A, Cavazzoni P. Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom. *Eur J Neuropsychopharmacol*. 2006, 16:366-75.
 16. Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G. Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol*. 2005, 20:33-7.
 17. Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United Kingdom general practice research database. *J Clin Psychiatry*. 2002, 63:758-62.
 18. Meyer JM, Nasrallah HA, McEvoy JP, Goff DC, Davis SM, Chakos M, Patel JK, Keefe RS, Stroup TS, Liebermann JA. The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial: clinical comparison of subgroups with and without the metabolic syndrome. *Schizophr Research*. 2005, 80:9-18.
 19. Lamberti JS, Olson D, Crilly JF, Olivares T, Williams GC, Tu X, Tang W, Wiener K, Dvorin S, Dietz MB. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am J Psychiatry*. 2006, 162:1273-6.
 20. Osborn DPJ, Nazareth I, King MB. Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness. Cross-sectional comparative study in primary care. *Br J Psychiatry*. 2006, 188:271-7.
 21. Samele C, Patel M, Boydell J, Leese M, Wessely S, Murray R. Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007, 42:117-24.

22. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry*. 2004, 161:2317-9.
23. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *J Gen Intern Med*. 2006, 21:1133-7.
24. Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lönnqvist J. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Arch Gen Psychiatry*. 2001, 58:573-8.
25. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C, Parker C. Risk of malignancy in patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007, 64:1368-76.
26. Kuritzky A, Mazeh D, Levi A. Headache in schizophrenic patients: a controlled study. *Cephalalgia*. 1999, 19:725-7.
27. Viertiö S, Laitinen A, Perälä J, Saarni SI, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Visual impairment in persons with psychotic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007, 42:902-8.
28. Tsay JH, Lee CH, Hsu YJ, Wang PJ, Bai YA, Chou YJ, Huang N. Disparities in appendicitis rupture rate among mentally ill patients. Nested case-control study. *BMC Public Health*. 2007, 7:331.
29. Nasrallah HA, Meyer LM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, Lieberman JA. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Research*. 2006, 86:15-22.
30. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Practice*. 2007, 24:34-40.
31. Wright CA, Osborn DPJ, Nazareth I, King MB. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preferences for care. *BMC Psychiatry*. 2006, 6:16.
32. Osborn DPJ, King MB, Nazareth I. Participation in screening for cardiovascular risk by people with schizophrenia or similar mental illnesses: cross sectional study in general practice. *BMJ*. 2003, 326:1122-3.
33. Beecroft N, Becker T, Griffiths G, Leese M, Slade M, Thornicroft G. Physical health care for people with severe mental illness: the role of the general practitioner. *J Mental Health*. 2001, 10:5.
34. http://www.nivel.nl/pdf/ns2_rapport1.pdf
35. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999, (suppl 21):10-15.
36. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM, Perlin JB. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care*. 2002, 40:129-36.
37. Lester H, Titterton JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ*. 2005, 330:1122.
38. Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, Chapman JL.

- Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004, 39:78-84.
39. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Meyboom-de Jong. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract.* 2007, 8:37.

Hoofdstuk 9

Gezondheidsproblemen en zorggebruik van patiënten met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk

MJT Oud, KH Groenier, J Schuling, CJ Slooff, J Dekker, P Verhaak, B Meyboom-de Jong.

Is in bewerking voor publicatie.

Samenvatting

Inleiding

Patiënten met psychotische stoornissen hebben meer kans op somatische comorbiditeit en zij hebben een kortere levensverwachting. Hart- en vaatziekten, metabole stoornissen en longziekten komen bij hen vaker voor. In de literatuur wordt de zorg uitgesproken dat psychosepatiënten minder diagnostiek en behandeling zouden krijgen dan patiënten zonder psychosen. Doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in het profiel van klachten en ziekten waarmee patiënten met psychotische stoornissen bij de huisarts komen en of zij minder zorg ontvangen met betrekking tot de zorg voor chronische somatische ziekten.

Methode

Onderzoek in het longitudinale databestand van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) met gegevens uit 89 huisartsenpraktijken uit 2002-2007 bij drie naar leeftijd en geslacht gematchte patiëntengroepen waarbij de indexgroep 'Patiënten met psychotische stoornissen' werd vergeleken met een controlegroep met andere psychische problemen en een controlegroep zonder psychische problemen.

Resultaten

Patiënten met psychotische stoornissen komen vaak bij de huisarts: de huisarts legt vaker visites af en doet meer consulten. Het profiel van klachten en ziekten waarmee deze patiënten komen verschilt echter weinig van dat van patiënten met andere psychische problemen. Bij diabetes mellitus of hart- en vaatziekten worden psychosepatiënten vaker naar de tweede lijn verwezen. Oudere psychosepatiënten hebben vaker een organische psychose en komen minder vaak met hart- en vaatziekten en chronische longziekten bij de huisarts.

Conclusie

Patiënten met psychotische stoornissen hebben veel contact met de huisartsenpraktijk. Hun klachten en ziekten zijn vergelijkbaar met die van andere patiënten met psychische problemen. Oudere psychosepatiënten worden minder frequent op hart- en vaatziekten en chronische longziekten gecontroleerd, vermoedelijk ligt bij hen het zwaartepunt van de huisartsenzorg meer op de kwaliteit van leven.

Gezondheidsproblemen en zorggebruik van patiënten met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk

Inleiding

Psychotische stoornissen zijn ernstige psychische aandoeningen waarbij het contact met de realiteit is verstoord. De klinische beelden tonen een grote verscheidenheid met zowel acute als chronische fasen. Met behulp van de International Classification of Primary Care kunnen in het HuisartsenInformatieSysteem (HIS) vier categorieën psychotische stoornissen worden onderscheiden, te weten: ‘Organische Psychosen’, ‘Schizofrenie’ (alle vormen), ‘Affectieve Psychosen’, en ‘Niet Gespecificeerde Psychosen’.

Patiënten met psychotische stoornissen hebben vaker en ernstiger gezondheidsproblemen dan andere patiënten in de huisartsenpraktijk.¹ Epidemiologische onderzoeken tonen aan dat schizofreniepatiënten een kortere leeftijdsverwachting hebben.² Dit is slechts gedeeltelijk het gevolg van suïcide en ongevallen want de meeste sterfte wordt veroorzaakt door ziekte.³

Patiënten met psychotische stoornissen kampen met een breed spectrum aan comorbide somatische ziekten.⁴ Dit is het duidelijkst aangetoond voor hart- en vaatziekten, overgewicht en daaraan gerelateerde ziekten zoals diabetes mellitus en het metabole syndroom.^{5,6,7} Ook zijn er aanwijzingen dat psychosepatiënten meer kans hebben op longziekten, infectieziekten zoals tuberculose en hepatitis B en C, en schildklierfunctiestoornissen.^{4,8,9} Deze somatische comorbiditeit wordt verklaard door meerdere, deels samenhangende, oorzaken.

Schizofreniepatiënten hebben een verhoogd risico op visceraal vetopslag en diabetes mellitus.^{6,7} Ze hebben vaker een ongezonde leefstijl: zij bewegen minder, eten ongezonder, roken vaker, gebruiken cannabis en andere verdovende middelen, en drinken vaker alcohol.¹⁰ Daarnaast draagt de behandeling met antipsychotische medicijnen ook bij aan gewichtstoename en het ontstaan van het metabole syndroom.^{11,12}

Los van de leefstijlfactoren kan ook de psychose het vermogen aantasten om goed voor zichzelf te zorgen. Ook bij acute aandoeningen zoeken psychosepatiënten vaak later of te laat hulp.^{13,14} Zij hebben barrières om een arts te consulteren: zij kunnen lichamelijke klachten anders waarnemen en interpreteren en gaan anders om met pijn,^{15,16} en sommigen vinden het moeilijk hun klachten met anderen te bespreken.¹⁷

Bij ouderen zijn verwardheid en hallucinaties vaker het gevolg van een kwetsbaar brein en/of een ziekte elders in het lichaam. In het ICPC coderingssysteem wordt het delier onder de organische psychosen geschaard en daarom is het spectrum van psychotische stoornissen bij

ouderen anders dan de (jong)volwassenen. Bij ouderen kunnen onderliggende somatische ziekten meespelen en is de geneeskundige zorg vaker gericht op palliatie dan op genezing. In Nederland staan alle patiënten ingeschreven in een huisartsenpraktijk. Huisartsen hebben de taak om adequaat en professioneel te handelen bij vragen van patiënten betreffende hun gezondheidsproblemen. Zij worden verondersteld goed op de hoogte te zijn van de somatische en psychiatrische (co)morbiditeit en dit te registreren in het HIS. Zij voeren diagnostiek en behandeling uit en begeleiden chronische zieken. Ook is het hun taak gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen en te behandelen. De buitenlandse literatuur beschrijft echter dat (huis)artsen bij hun psychosepatiënten minder aandacht besteden aan het opsporen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten dan bij hun niet-psychotische patiënten en dat zij hypertensie, diabetes mellitus en vetstofwisselingsstoornissen onderbehandelen.^{18,19} Dit roept de vraag op hoe de Nederlandse huisartsenzorg is voor patiënten met psychotische stoornissen.

Doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in het profiel van klachten en ziekten waarmee patiënten met psychotische stoornissen bij de huisarts komen. Hoe is de incidentie van sterfte in de huisartsenpraktijk, en hoe is de incidentie van (co)morbide hart- en vaatziekten, diabetes mellitus, en chronische longziekten. Ook wilden we nagaan of het klopt dat de zorg van huisartsen voor chronische ziekten zoals diabetes mellitus, hartvaatziekten, en obstructieve longziekten bij de psychosepatiënten minder intensief is.

De onderzoeksvragen werden als volgt geformuleerd:

- Wat is de sterfte en het morbiditeitspatroon van patiënten met een psychotische stoornis in de huisartsenpraktijk? En verschillen zij daarin van andere patiënten?
- Zijn er aanwijzingen dat de huisartsenzorg voor chronische ziekten zoals diabetes mellitus, hartvaatziekten, en obstructieve longziekten bij patiënten met psychotische stoornissen achterstaat ten opzichte van andere patiënten?

Methode

Design

Databestandonderzoek met een cohort van patiënten; follow-up van 5 jaar.

Definities

Contacten zijn consulten, visites, telefonische consulten en receptaanvragen.

Deze contacten hebben betrekking op de klachten, symptomen en ziekten waar de patiënt mee bij de huisarts komt. Contactfrequentie is het aantal contacten voor één bepaalde klacht of ziekte per patiënt per jaar.

Klachten / symptomen zijn waarnemingen van de patiënt welke niet direct tot een ziekte kunnen worden herleid. De International Classification of Primary Care (ICPC) onderscheidt klachten / symptomen (codenummers 1-29) en ziekten (codenummers 70-99). Klachten / symptomen en ziekten zijn redenen van contact.

Het cliëntenbestand omvatte alle patiënten die in 2002 in het onderzoek zijn ingesloten.

Aantal jaren in een praktijk is de tijd tussen het moment van inschrijving en het moment van uitschrijving.

Het morbiditeitsbestand omvatte alle contacten met de huisartsenpraktijk tijdens de registratieperiode, ongeacht de aard van de contacten. Hierin werden de klachten / symptomen en ziekten door de huisarts vastgelegd en gekoppeld aan een ICPC code. Sommige klachten of ziekten werden binnen een contact opgelost en andere hadden een langduriger beloop. Dit heet episode. Een episode omvat het eerste tot en met het laatste contact voor één bepaalde klacht of ziekte, ook wel deelcontacten genoemd. Tijdens een episode kan een voorlopige diagnose met de bijbehorende ICPC code veranderen.

Werkwijze

We maakten gebruik van longitudinale registratiegegevens over een periode van vijf jaar uit de elektronische patiëntendossiers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH telt 89 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 340.000 ingeschreven patiënten. LINH verzamelt gegevens over aandoeningen, contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. De onderzochte registratieperiode was 1 januari 2002 tot 1 januari 2007. Selectie van patiënten uit dit gegevensbestand vond plaats op basis van de door de huisartsen toegekende ICPC codes met betrekking tot contacten die plaats vonden in het jaar 2002 (inclusiejaar).

Wij selecteerden drie groepen patiënten op grond van ICPC codes. De indexgroep patiënten met psychotische stoornissen (N = 734) bestond uit een cohort patiënten die in het jaar 2002 met een psychotische stoornis bij de huisarts waren geweest. Psychotische stoornissen bevatten de volgende ICPC codes: P71 Organische psychosen, P72 Schizofrenie alle vormen, P73 Affectieve psychosen, en P98 Niet gespecificeerde psychose.

De controlegroepen hadden dezelfde omvang (N=734) en waren naar leeftijd en geslacht gematcht. De ene controlegroep omvatte patiënten die in 2002 met één van alle overige psychische klachten (P01-P29) en diagnoses (P70 en P74-P97) bij de huisarts waren geweest

(controle P), de andere controlegroep bestond uit patiënten die in 2002 bij de huisarts waren geweest zonder psychische klachten of ziekten als contactreden (controle z P).

De analyses werden in twee leeftijdsgroepen uitgevoerd. De groep volwassenen (16 t/m 65 jaar) telde 532 patiënten (72,5%) en de groep ouderen (> 65 jaar) bestond uit 202 patiënten (27,5%) van de totale groep (N=734).

De zorg van de huisarts bij diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, en chronisch respiratoire ziekten werd gemeten aan de hand van het aantal contacten en verwijzingen.

Analyse

Voor het toetsen van significantie van uitkomstverschillen tussen de drie groepen werd gebruik gemaakt van de Kruskal-Wallis test. Psychotische patiënten werden vaker uitgeschreven uit de huisartsenpraktijk omdat ze vaker verhuisden, van huisarts veranderden, of overleden. Om te voorkomen dat hierdoor vertekening zou ontstaan, werden de 5-jaarsincidenties en de contactfrequenties omgerekend naar aantallen per 1000 patiëntjaren.

Resultaten

In het cliëntenbestand bestond de groep patiënten met een psychotische stoornis (N=734) uit 315 mannen en 419 vrouwen. Hiervan bevonden zich 532 patiënten in de leeftijdscategorie 16-65 jaar en 202 waren ouder dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannen was 48 jaar en de gemiddelde leeftijd van de vrouwen 54.

Schizofrenie kwam vaker voor bij mannen en affectieve psychosen vaker bij vrouwen.

In de leeftijdsgroep 16-65 jaar hadden 67 patiënten (12,6%) als diagnose organische psychose, 148 patiënten (27,8%) schizofrenie, 196 patiënten (36,8%) affectieve psychose, en 175 patiënten (32,9%) een niet-specifieke psychose.

Patiënten ouder dan 65 jaar waren vaker vrouw. In deze groep hadden 111 patiënten (54%) een organische psychose, 26 patiënten (13%) schizofrenie, 32 patiënten (15%) een affectieve psychose, en 38 patiënten (18%) een niet-specifieke psychose (tabel 1).

Patiënten met psychotische stoornissen verbleven gemiddeld 4.0390 jaar in een praktijk, patiënten met controle P 4.3931 jaar en patiënten z P 4.5786 jaar.

Tabel 1. *Verdeling psychotische stoornissen (N=739*)*

	lftd 16-65 jr	lftd > 65 jr	totaal	% vrouwen
Organische psychose (P71)	67 (12.6%)	111 (53.6%)	178	57.9%
Schizofrenie (P72)	148 (27.8%)	26 (12.6%)	174	44.8%
Affectieve psychose (P73)	196 (36.8%)	32 (15.5%)	228	68.0%
Niet spec. psychose (P98)	175 (32.9%)	38 (18.4%)	213	59.2%
Totaal	532 (100%)	207 (100%)	739	57.1%

* 5 patiënten met twee diagnoses in 2002

In het morbiditeitsbestand werden gedurende de onderzoeksperiode bij 56 patiënten meerdere soorten psychotische stoornissen geregistreerd: 53 patiënten kregen twee diagnoses en 3 patiënten drie.

Sterfte

In de groep ‘Psychotische stoornissen’ overleden 106 patiënten, in de groep ‘Controle P’ overleden 45 patiënten, en in de groep ‘Controle z P’ overleden 24 patiënten gedurende de observatieperiode van 5 jaar (tabel 2).

Tabel 2. *Overleden patiënten (N=175)*

	lftd 16-65 jr	lftd > 65 jr	totaal
Groep ‘Psychotische stoornissen’	24	82	106 (60%)
Groep ‘Controle P’	4	41	45 (26%)
Groep ‘Controle z P’	3	21	24 (14%)

In de leeftijdscategorie 16-65 jaar kwamen drie suicides en één onnatuurlijke dood voor, alle in de groep met psychotische stoornissen. De hoogste sterfte betrof de ouderen met een organische psychose (P71): 59 patiënten (34%). Hiervan hadden 17 patiënten kanker, 7 de ziekte van Alzheimer, en 5 de ziekte van Parkinson.

Morbiditeit

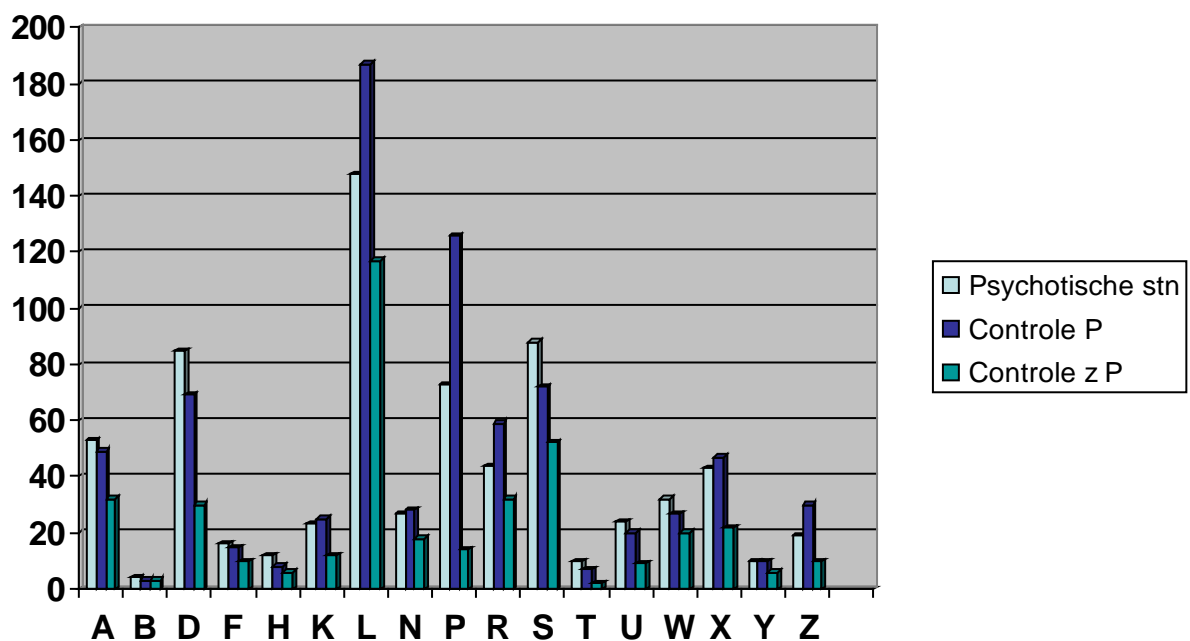
Klachtenprofiel 16-65 jaar (grafiek 1)

De patiënten met psychotische stoornissen en de groep ‘Controle P’ kwamen aanzienlijk vaker met klachten bij de huisarts dan de groep ‘Controle z P’. En het profiel van de gepresenteerde klachten bij de psychosepatiënten verschilde weinig van dat van de patiënten met andere psychische problemen. De psychosepatiënten kwamen iets vaker met algemene klachten (bijwerkingen van geneesmiddelen), maagdarmklachten (obstipatie, misselijkheid),

oorklachten, huidklachten, endocriene klachten, urinewegklachten en klachten rond anticonceptie en zwangerschap.

In vergelijking met de groep 'Controle P' kwamen de patiënten met psychotische stoornissen minder vaak met klachten van het bewegingsapparaat, ook raadpleegden zij de huisarts minder vaak in verband met sociale problemen, terwijl de groep 'Controle P' vaker juist hulp zocht in verband met sociale problemen (problemen op het werk en binnen de relatie).

Grafiek 1: Klachten per ICPC rubriek* per 1000 patiëntjaren in leeftijdsgroep 16-65 jaar

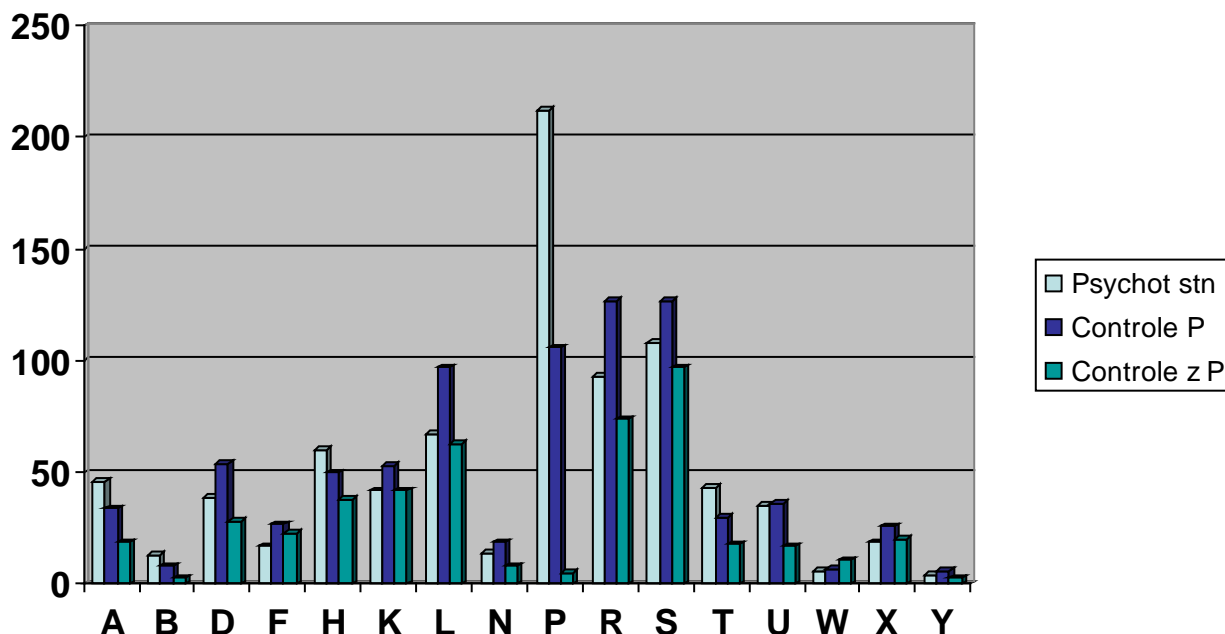


* A = algemeen, B = bloed, D = tractus digestivus, F = ogen, H = oren, K = tractus circulatorius, L = tractus locomotorius, N = zenustelsel, P = psychisch, R = tractus respiratorius, S = huid, T = endocrien / metabool, U = urinewegen, W = zwangerschap / anticonceptie, X = vrouwelijke geslachtsorganen, Y = mannelijke geslachtsorganen, Z = sociale problemen

Ziektenprofiel 16-65 jaar (grafiek 2)

Patiënten met psychotische stoornissen bezochten vaker de huisartsenpraktijk in verband met algemene ziekten, bloedziekten (bloedarmoede), oorziekten, en endocriene ziekten. De psychische morbiditeit was per definitie hoog door de psychotische stoornissen. Ook kwamen enkele comorbide psychische stoornissen vaker voor bij de psychosepatiënten, met name depressies, suïcidepogingen, en persoonlijkheidsstoornissen.

Grafiek 2: Ziekten per ICPC rubriek* per 1000 patiëntjaren in leeftijdsgroep 16-65 jaar



* A = algemeen, B = bloed, D = tractus digestivus, F = ogen, H = oren, K = tractus circulatorius, L = tractus locomotorius, N = zenustelsel, P = psychisch, R = tractus respiratorius, S = huid, T = endocrien / metabool, U = urinewegen, W = zwangerschap / anticonceptie, X = vrouwelijke geslachtsorganen, Y = mannelijke geslachtsorganen, Z = sociale problemen

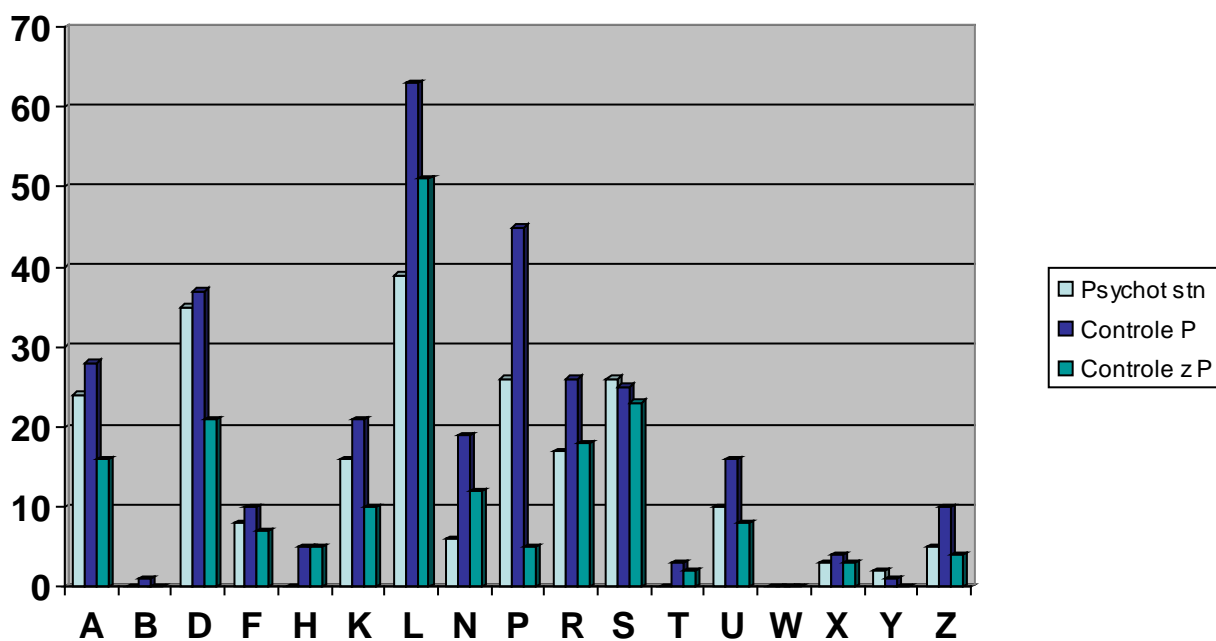
Klachtenprofiel > 65 jaar (grafiek 3)

Ouderen met psychotische stoornissen legden minder vaak klachten voor aan de huisarts dan de ouderen met andere psychische problemen. Oudere psychosepatiënten kwamen zelden of niet met oorklachten en minder met klachten van het bewegingsapparaat en neurologische klachten. De groep 'Controle P' had voor 'klachten' als contactreden het hoogste zorggebruik: behalve voor de psychische klachten kwamen zij ook vaker met klachten van het bewegingsapparaat, neurologische klachten (duizeligheid en hoofdpijn), luchtwegklachten (hoesten), en klachten van de urinewegen (incontinentieklachten).

Ziektenprofiel ouderen (grafiek 4)

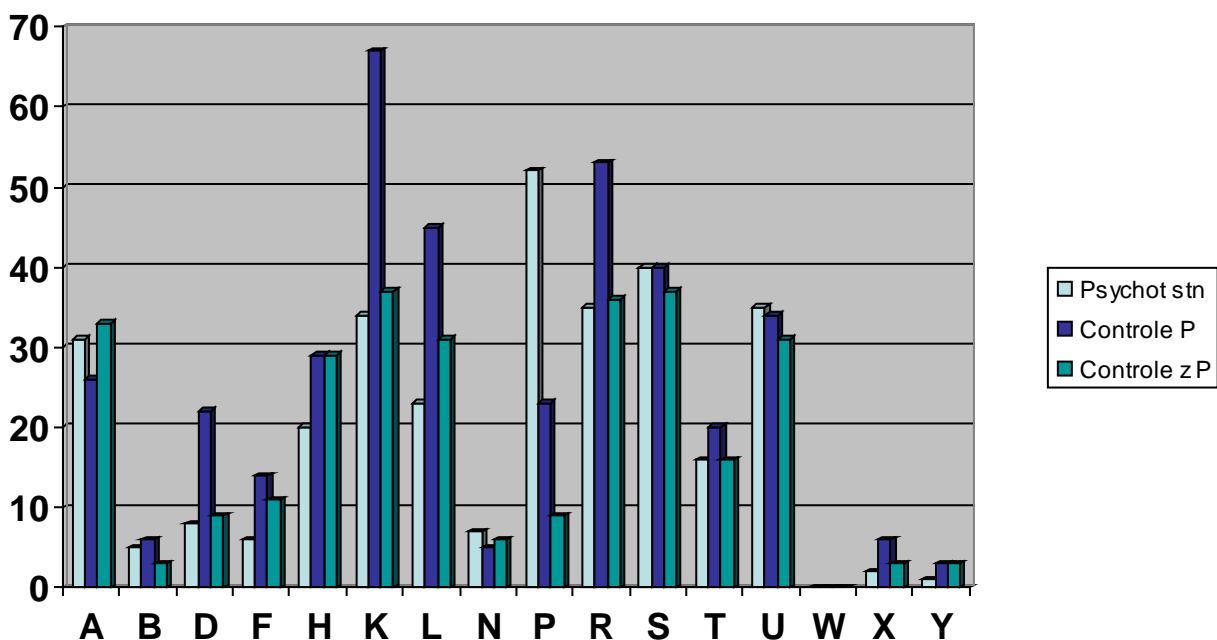
Ouderen met psychotische stoornissen kwamen minder vaak met oogziekten, oorziekten, en hypertensie dan de andere ouderen. De hoge psychiatrische morbiditeit in deze groep was uitsluitend het gevolg van de selectie.

Grafiek 3. Klachten per ICPC rubriek* per 1000 patiëntjaren in leeftijdsgroep > 65 jaar



* A = algemeen, B = bloed, D = tractus digestivus, F = ogen, H = oren, K = tractus circulatorius, L = tractus locomotorius, N = zenustelsel, P = psychisch, R = tractus respiratorius, S = huid, T = endocrien / metabool, U = urinewegen, W = zwangerschap / anticonceptie, X = vrouwelijke geslachtsorganen, Y = mannelijke geslachtsorganen, Z = sociale problemen

Grafiek 4. Ziekten per ICPC rubriek* per 1000 patiëntjaren in leeftijdsgroep > 65 jaar



* A = algemeen, B = bloed, D = tractus digestivus, F = ogen, H = oren, K = tractus circulatorius, L = tractus locomotorius, N = zenustelsel, P = psychisch, R = tractus respiratorius, S = huid, T = endocrien / metabool, U = urinewegen, W = zwangerschap / anticonceptie, X = vrouwelijk geslachtsorganen, Y = mannelijk geslachtsorganen, Z = sociale problemen

Chronische ziekten

In de groep ouderen met een psychotische stoornis waren minder episoden met hart- en vaatziekten dan in de groepen leeftijdgenoten ‘Controle P’ en ‘Controle zonder P’ ($p < 0.0005$); dit gold eveneens voor het aantal episoden met astma/COPD ($p < 0.007$). (tabel 3)

Het aantal episoden met diabetes mellitus verschilde niet tussen de drie groepen oudere patiënten.

Tussen de drie groepen volwassenen waren geen verschillen wat betreft het aantal episoden met de chronische ziekten. (tabel 3)

Tabel 3. *Chronische ziekten per 1000 patiëntjaren*

Chronische ziekte	lftd	Psychose	Controle P	Controle zP	p-waarde
Diabetes mellitus	16-65 jaar	12.61	9.57	5.94	0.320
Diabetes mellitus	> 65 jaar	9.20	10.28	7.39	0.220
Hart- en vaatziekten	16-65 jaar	24.29	29.98	18.62	0.498
Hart- en vaatziekten	> 65 jaar	24.14	48.28	36.61	<0.0005
Astma / COPD	16-65 jaar	11.12	15.11	6.60	0.414
Astma / COPD	> 65 jaar	3.19	10.97	4.07	0.007

Contacten met de huisartsenpraktijk

Totaal aantal contacten

Patiënten met psychotische stoornissen hebben vaker contact met de huisartsenpraktijk. Het volledige morbiditeitsbestand bestaat uit 52.699 contacten. Hiervan heeft de groep ‘Psychotische stoornissen’ 22.691 contacten met de praktijk, de groep ‘Controle P’ 20.420 deelcontacten, en de groep ‘Controle z P’ 9.588 contacten. Omgerekend naar 1000 patiëntjaren heeft de groep ‘Psychotische stoornissen’ met 2093 episodes gemiddeld 2.63 deelcontacten per episode. De groep ‘Controle P’ heeft met 2314 episodes gemiddeld 2.17 deelcontacten per episode. Terwijl de groep ‘Controle z P’ met 1354 episodes gemiddeld 1.84 deelcontacten heeft voor één episode. ($p < 0.0005$)

Aantallen per soort contact

Bij de patiënten met psychotische stoornissen legde de huisarts relatief vaker huisbezoeken af bij zowel de leeftijdsgroep 16 t/m 65jr ($P = 0.051$) als bij de ouderen ($P < 0.005$). Zie tabel 4. Ook tijdens de diensturen werden vaker visites gereden, echter deze verschillen zijn niet statistisch significant.

Het aantal consulten was bij de patiënten met psychische problematiek in de leeftijdsgroep 16 t/m 65 jaar significant hoger ($P < 0.0005$). Dit was niet het geval bij de oudere patiënten.

De telefonische consulten waren in de beide leeftijdsgroepen significant hoger (16 t/m 65 jaar $P < 0.0005$) en >65 jaar $P = 0.007$).

Contacten en verwijzingen per chronische ziekte

Diabetes mellitus

Het gemiddelde aantal contacten in de registratieperiode per patiënt was voor de psychosepatiënten het hoogst maar de onderlinge verschillen tussen de drie groepen waren niet significant (tabel 5). Huisartsen verwezen patiënten met psychotische stoornissen vaker naar een internist en veel vaker naar een oogarts. Ook werd de podotherapeut vaker ingeschakeld (tabel 6), echter wegens de kleine aantallen zijn de verschillen tussen de groepen statistisch niet significant.

Hart- en vaatziekten

Ouderen met psychotische stoornissen werden minder frequent voor hart- en vaatziekten gecontroleerd. Daarentegen hadden de oudere controle P patiënten juist meer contacten (tabel 5). De psychosepatiënten werden vaker naar de cardioloog verwezen (tabel 6). Ook hier zijn wegens de kleine aantallen de verschillen tussen de groepen statistisch niet significant.

Astma / COPD

Ouderen met psychotische stoornissen werden minder frequent voor een chronische longziekte gecontroleerd. Evenals bij de hart- en vaatziekten hadden de oudere controle P patiënten juist vaker contact met de huisarts (tabel 5). De patiënten met psychotische stoornissen werden minder vaak naar de longarts verwezen (tabel 6), weliswaar statistisch niet significant wegens het kleine aantal waarnemingen.

Tabel 4. Aard van de contacten (absolute aantallen per 1000 patiëntjaren)

<u>Overdag</u>	leeftijd	Psychose	Controle P	Controle zP	p-waarde
visite	16-65 jaar	151	62	23	0.051
	> 65 jaar	323	283	157	<0.0005
consult	16-65 jaar	1915	1716	951	<0.0005
	> 65 jaar	437	601	583	0.272
telefoon	16-65 jaar	556	491	227	<0.0005
	> 65 jaar	280	292	184	0.007
<u>ANW</u>					
visite	16-65 jaar	12	6	2	0.876
	> 65 jaar	16	20	5	0.544
consult	16-65 jaar	31	37	12	0.432
	> 65 jaar	6	4	6	0.447
telefoon	16-65 jaar	74	21	7	0.122
	> 65 jaar	13	16	2	0.779

Tabel 5. Contacten per chronische ziekte tijdens de registratieperiode per 1000patiëntjaar

		Aantal contacten per 1000 patientjaren	p-waarde
Leeftijd 16 t/m 65 jaar			
Diabetes mellitus	Psychose	107	0.300
	Controle P	101	
	Controle z P	33	
Hart- en vaatziekten	Psychose	175	0.540
	Controle P	194	
	Controle z P	133	
Astma / COPD	Psychose	41	0.388
	Controle P	64	
	Controle z P	21	
Leeftijd > 65 jaar			
Diabetes mellitus	Psychose	88	0.232
	Controle P	130	
	Controle z P	64	
Hart- en vaatziekten	Psychose	134	<0.0005
	Controle P	272	
	Controle z P	186	
Astma / COPD	Psychose	17	0.008
	Controle P	64	
	Controle z P	27	

Tabel 6. Verwijzingen per chronische ziekte per 1000 patiëntjaren

	Psychose	Controle P	Controle z P	Totaal
Diabetes Mellitus				
Internist	6	5	2	13
Oogarts	28	11	8	47
Diëtist	3	0	5	8
Podotherapeut	41	32	22	95
Totaal verwijzingen DM	78 (48%)	48(29%)	37(23%)	163 (100%)
Hart- en vaatziekten				
Cardioloog	18 (49%)	12(32%)	7(19%)	37(100%)
Astma / COPD				
Longarts	3(17%)	11(61%)	4(22%)	18 (100%)

Discussie

De huisarts heeft te maken met het volledige spectrum van psychotische stoornissen. Bij adolescenten en volwassenen tot 65 jaar betreft het meestal aspecifieke psychosen, schizofrenie en affectieve psychosen. Tijdens de vijf registratiejaren kunnen patiënten meerdere psychotische episoden doormaken. In het morbiditeitsbestand wisselden verschillende diagnostische codes elkaar soms af in de tijd. In de loop der tijd kan de diagnose ‘aspecifieke psychose’ (code P98) veranderen in ‘schizofrenie’ (P72) of ‘affectieve psychose’ (P73). Het onderscheid tussen deze diagnoses blijkt bij een klein aantal patiënten (7.6%) niet zo helder te zijn. Naarmate de leeftijd vordert neemt het aandeel van de organische psychosen toe: huisartsen zien verwarde of hallucinerende ouderen in het kader van een delier of als comorbide aandoening bij M. Alzheimer, ziekte van Parkinson en andere ziekten.

Patiënten met psychotische stoornissen overlijden vaker op jonge leeftijd en bij vier van de 24 patiënten is dit een gevolg van suïcide of onnatuurlijke dood. Deze bevinding komt overeen met de literatuur: schizofrenie gaat gepaard met een toegenomen sterfte door suïcide, ongevallen en natuurlijke dood.²⁰⁻²² Oudere patiënten met organische psychosen overlijden veel vaker dan de controlegroepen. Echter, deze cijfers zijn beïnvloed door het gegeven dat patiënten in de terminale fase een delirant beeld kunnen ontwikkelen. Deze ernstig zieke patiënten zijn door onze selectiemethode ingesloten.

Patiënten met psychotische stoornissen komen vaak bij de huisarts evenals degenen met andere psychische problemen, maar bij de oudere psychosepatiënten blijkt dit fenomeen uit te doven. Het profiel van de klachten en ziekten waarvoor patiënten met psychotische

stoornissen de huisarts consulteren toont veel overeenkomst met dat van de andere patiënten met psychische problemen. Wel komen patiënten met psychotische stoornissen vaker in verband met bijwerkingen van geneesmiddelen. Ook maagdarmklachten zoals obstipatie, misselijkheid, braken, en diarree komen vaker voor, en deze klachten kunnen eveneens het gevolg zijn van de behandeling met antipsychotica.

Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat schizofreniepatiënten vaker kampen met metabole stoornissen, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten hebben.²³⁻²⁵ In dit onderzoek blijkt echter dat de incidentie van diabetes mellitus bij patiënten met psychotische stoornissen niet significant verschilt van de andere groepen. Mogelijk is deze afwijkende bevinding een gevolg van een verschil in onderzoekspopulatie - behalve schizofrenie zijn ook andere psychotische stoornissen in het onderzoek meegenomen - of onderzoeksopzet. Ook kan er sprake zijn van onderdiagnostiek omdat de huisartsen nog onvoldoende op de hoogte waren van het feit dat psychotische patiënten at risk zijn voor diabetes mellitus.

Bij oudere psychosepatiënten worden hart- en vaatziekten en chronische longziekten minder vaak gediagnosticeerd. Dit zou door onderdiagnostiek van deze aandoeningen bij de psychosepatiënten verklaard kunnen worden.^{18,19} Hypertensie (ICPC code K86) is verreweg de meest voorkomende ziekte van het cluster hartvaatziekten. Niet iedereen laat zijn bloeddruk opmeten bij de huisarts en het is aannemelijk dat patiënten uit de controlegroepen hier meer op letten dan de psychosepatiënten.

De groep volwassenen met psychotische stoornissen krijgt veel zorg: er vinden vaker consulten plaats, de huisarts legt vaker visites af, en er zijn meer telefonische contacten.

Het aantal contacten van de huisarts voor diabetes mellitus is bij de psychosegroep gelijk aan de controlegroep zonder psychische klachten, maar de psychosepatiënten worden vaker naar de internist, de oogarts, en de podotherapeut verwezen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze patiënten ernstiger ziek zijn en / of moeilijker zijn in te stellen doordat de therapietrouw minder is en er meer comorbiditeit is.

Voor hart- en vaatziekten wijkt, in de leeftijdsgroep 16 t/m 65 jaar, het gemiddelde aantal huisartscontacten per episode weinig af van de controlegroepen, maar de oudere patiënten worden veel minder vaak gecontroleerd. Vermoedelijk ligt het zwaartepunt van de huisartsenzorg bij oudere psychosepatiënten dichter bij de kwaliteit van leven dan bij behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Ook voor hart- en vaatziekten worden de psychosepatiënten vaker verwezen. Zij hebben meer supplementaire risicofactoren, zoals overgewicht, diabetes mellitus en tabaksverslaving,^{25,26} daardoor kunnen zij ernstiger ziek zijn en / of moeilijker te behandelen in de eerste lijn.

Bij astma en COPD blijkt zowel het aantal episoden als het aantal follow-up contacten bij de oudere psychosepatiënten minder frequent te zijn. Terwijl psychosepatiënten vaker roken.²⁷ Mogelijk is hier sprake van een selectie van gezonde ouderen omdat de ziekere patiënten overleden zijn. Ook bij chronische longziekten worden de psychosepatiënten minder vaak naar de longarts verwezen. Mogelijk speelt acceptatie van de onvermijdelijkheid van het rookgedrag bij deze oudere psychosepatiënten een rol.

Het is te verwachten dat een gerichte opsporing van hart- en vaatziekten en obstructieve longziekten bij patiënten met psychotische stoornissen zal leiden tot meer diagnoses en dit biedt kansen om in een vroeger stadium voorlichting, begeleiding en behandeling in te zetten als de patiënt dit zelf ook wil.²⁸⁻³⁰

Sterke en zwakke punten

Het LINH bestand heeft longitudinale gegevens geleverd over morbiditeit en zorggebruik die representatief zijn voor de Nederlandse huisartsenpraktijk. De vergelijking van psychotische patiënten met zowel patiënten met andere psychische stoornissen als met patiënten zonder psychische stoornissen, maakte het mogelijk om de specifieke kenmerken van de morbiditeit en het zorggebruik van psychotische patiënten in kaart te brengen.

De indexgroep ‘Psychotische stoornissen’ bevat de gehele bandbreedte aan psychotische stoornissen in het huisartsencoderingssysteem (ICPC). Patiënten met een organische psychose zijn vaker ouderen met een kwetsbaar brein. Door de vijfjaars- incidentie van de episoden uit te splitsen over twee leeftijdsgroepen hebben we gestreefd naar een zo realistisch mogelijke weergave van de ziekteprofielen volwassenen en ouderen met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk. Omdat de totale groep op leeftijd en geslacht was gematcht met de controlegroepen, was het echter niet mogelijk om de ziekteprofielen per specifieke psychotische stoornis te onderzoeken.

Daar het onderzoek alleen die patiënten betreft die in 2002 de huisarts hebben bezocht, en bij wie de huisarts de psychose heeft onderkend en geregistreerd, bleven patiënten met psychotische stoornissen die de huisarts niet bezochten of waarvan de psychose niet herkend werd buiten beeld.

Conclusie

Patiënten met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk hebben een hoge sterfte en morbiditeit. Zij hebben vaker contact met de huisartsenpraktijk dan andere patiënten. De klachten en ziekten waar zij mee komen, zijn echter vergelijkbaar met die van de patiënten met andere psychische problemen. Wel komen psychosepatiënten vaker met klachten als gevolg van geneesmiddelengebruik en hebben zij meer kans op metabole en endocriene stoornissen en bloedziekten. Bij oudere psychosepatiënten worden hart- en vaatziekten en obstructieve longziekten minder vaak gediagnosticeerd en minder frequent gecontroleerd. Psychosepatiënten met diabetes mellitus en hart- en vaatziekten worden hiervoor vaker naar de tweedelijnszorg verwezen dan andere patiënten.

Aanbevelingen

Voor patiënten met psychotische stoornissen valt gezondheidswinst te behalen als huisartsen periodiek hun gezondheidstoestand in kaart zouden brengen met daarbij aandacht voor risicofactoren voor hart- en vaatziekten, voedingspatroon, longfunctie, en tabaksgebruik. Om ongezonde gedrag patronen te kunnen veranderen is intensieve begeleiding nodig.

Oefentherapie via bewegingsprogramma's en maaltijdbezorging zouden effectief kunnen zijn. Gelet op het hogere aantal verwijzingen zal verder onderzoek moeten uitwijzen of het effect van de therapie in de eerste lijn bij patiënten met psychotische stoornissen te wensen overlaat.

Referenties

1. Oud MJT, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract.* 2009 May 9;10:32
2. Brown S: Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 171:502-508.
3. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1123-1131.
4. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116(5):317-333.
5. Schorr SG, Slooff CJ, Bruggeman R, Taxis K. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psychotic disorders in the Netherlands. *J Clin Psychopharmacol.* 2009; 29:399-402.
6. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009; 8:15-22.
7. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, Lehman A. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull.* 2000; 26:903-912.

8. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2317-2319.
9. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med.* 2006; 21:1133-1137.
10. Samele C, Patel M, Boydell J, Leese M, Wessely S, Murray R. Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis. *Soc Psychiatry Psych Epidemiol.* 2007; 42: 117-124
11. Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United kingdom general practice research database. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63:758-762.
12. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM, Rosenheck RA, Daumit GL, Hsiao J, Swartz MS, Stroup TS, Lieberman JA. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: prospective data from phase 1. *Schizophr Res.* 2008; 101:273-286.
13. Muck-Jorgensen P, Mors O, Mortensen PB, Ewald H. The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Pschyiatr Scand Suppl* 2000; 96-99.
14. Tsay JH, Lee CH, Hsu YJ, Wang PJ, Bai YM, Chou YJ, Huang N. Disparities in appendicitis rupture rate among mentally ill patients. *BMC Public Health.* 2007 Nov 15; 7:331.
15. Lautenbacher S, Krieg JC. Pain perception in psychiatric disorders: a review of the literature. *J Psychiatr Res.* 1994; 28:109-122.
16. Bonnot O, Anderson GM, Cohen D, Willer JC, Tordjman S. Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *Clin J Pain.* 2009; 25:244-252.
17. Goldberg LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60:10-5.
18. Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract.* 2007; 24:340-40.
19. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Scott Stroup T, Liebermann JA. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidaemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Research.* 2006; 86: 15-22.
20. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:212-217.
21. Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet.* 2001; 358: 2110-2112.
22. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63 Suppl 9:5-11.

23. Von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E, Jones P. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2009; 438:15-21.
24. Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:4-14
25. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:432-437.
26. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J.* 2005; 150:1115-1121.
27. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health* 2009; 9:285.
28. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, Assies J, Slooff CJ. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschr Psychiatr.* 2008; 50:579-591.
29. Faglioni A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 Suppl3:22-29.
30. Copeland LA, Zeber JE, Wang CP, Parchman ML, Lawrence VA, Valenstein M, Miller AL. Patterns of primary care and mortality among patients with schizophrenia or diabetes: a cluster analysis approach to the retrospective study of healthcare utilization. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9:127.

Hoofdstuk 10

Algemene beschouwing

Inleiding

Dit proefschrift gaat over de zorg van huisartsen voor patiënten met ernstige psychische stoornissen. De huidige zorg voor deze specifieke groep is niet omschreven en varieert van dokter tot dokter. Het opstellen van een richtlijn voor huisartsen, bij voorkeur in de vorm van een NHG standaard, zou dit kunnen veranderen en daardoor mogelijk de kwaliteit van de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten verbeteren.

In dit proefschrift worden een aantal onderzoeken gepresenteerd waarvan de resultaten een onderbouwing kunnen leveren voor een richtlijn. Het gaat daarbij om: factoren die specifiek zijn voor psychiatrische problematiek, de rol van de huisarts bij acute en chronische problemen van psychiatrische patiënten, en de zorg voor de somatische co-morbiditeit.

Om de ziektespecifieke kenmerken in beeld te brengen, maakten we gebruik van de literatuur, geanonimiseerde gevalsbeschrijvingen, en gegevens uit databestanden van huisartsregistratiesystemen en huisartsenposten.

Om een goed inzicht te kunnen krijgen in de zorg voor patiënten met psychotische stoornissen is het nodig dat huisartsen de psychotische stoornissen correct en volledige registreren in het HuisartsenInformatieSysteem (HIS). In een steekproef werd de betrouwbaarheid van deze registratie door huisartsen onder de loep genomen.

Het beeld dat de huisarts heeft over zijn rol en zijn positie in de zorg rond de patiënt met een psychotische stoornis werd geëxploreerd in focusgroepen. Ervaren huisartsen werden gevraagd naar hun ervaringen, taakopvattingen en stimulerende of belemmerende factoren in het zorgproces. De uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek zijn als grondslag gebruikt bij het samenstellen van een vragenlijst voor een kwantitatief onderzoek onder een representatieve steekproef van de Nederlandse huisartsen.

In een systematische literatuurstudie is gezocht naar originele onderzoeksartikelen over de somatische comorbiditeit bij schizofreniepatiënten in de open populatie en de behandeling hiervan. In een longitudinaal databestand van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) werd de comorbiditeit en de huisartsenzorg voor drie chronisch somatische ziekten onderzocht bij een groep patiënten met psychotische stoornissen, deze

uitkomsten werden vergeleken met een controlegroep met ander psychische klachten, en een controlegroep zonder psychische klachten. De werkwijze van de huisarts in de acute zorg werd onderzocht door middel van een retrospectief onderzoek in het databestand van een huisartsenpost naar hulpvragen betreffende suïcidaliteit. Situaties waarbij stuurloosheid, dreigende escalatie, en gevaar voor het leven centraal staan. De tekortschietende zelfregulatie van de patiënt is ook hier een specifiek aspect in de zorg waar de huisarts aandacht aan dient te besteden en zijn beleid op moet afstemmen.

Zowel in de crisiszorg als in de langdurige zorg voor psychiatrische worden huisartsen met complexe situaties geconfronteerd. Zijn rol beperkt zich niet tot de patiënt alleen. Hij verleent ook zorg aan de naasten: de partner, de kinderen, of de ouders. Vaak is er sprake van een grote emotionele belasting van deze naasten. Een zeer complexe en confronterende situatie waar de huisarts bij geroepen wordt, is het overlijden van een familielid als gevolg van een zelfdoding. Dit wordt beschreven in een klinische les.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn te onderscheiden in ziektegebonden factoren, de rol van de huisarts, opsporing en behandeling van somatische comorbiditeit, en de positie van de huisarts in de zorgketen.

Ziektespecifieke kenmerken

Een beginnende psychose is vaak moeilijk te herkennen. Bij ongewoon gedrag, gebrek aan initiatief, en vreemde denkbepelden moet de huisarts alert zijn op een beginnende psychose. Na de eerste psychotische episode blijven patiënten kwetsbaar voor een psychotische terugval, en vaak is sprake van een gedeeltelijk herstel met terugkerende psychotische episodes.

Bij volwassenen betreft het ‘aspecifieke psychosen’, schizofrenie en affectieve psychosen.

Schizofrenie komt iets vaker voor bij mannen en affectieve psychosen iets vaker bij vrouwen.

Oudere patiënten met psychotische stoornissen hebben vaker een organische psychose, zoals een delier of hallucinaties bij de ziekte van Alzheimer of Parkinson.

Bij patiënten met psychotische stoornissen zijn zelfregulatie en zelfzorg niet vanzelfsprekend, deze vaardigheden kunnen door de ziekte zijn aangetast. Patiënten met psychotische stoornissen waarden lichamelijke klachten / symptomen minder adequaat, ze kunnen moeite hebben om in actie te komen en een afspraak met een hulpverlener te maken. Daarom komen ze vaak pas later, in een ernstiger stadium, bij de huisarts.

De rol van de huisarts

Huisartsen maken onderscheid tussen de langdurige zorg en de acute zorg. In de langdurige zorg wordt de werkwijze van de huisarts mede bepaald door zijn persoonlijke taakopvattingen en de kwaliteit van de samenwerking met de GGZ.

Huisartsen rekenen het opsporen en behandelen van somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten tot hun domein en verantwoordelijkheid. Zij dragen zorg voor de herhaalrecepten. De meerderheid van de huisartsen is bereid de lichamelijke gezondheid van patiënten met psychotische stoornissen periodiek te onderzoeken. Dat gebeurt nu echter niet. Psychische problemen overschaduwden vaak de somatische problemen. Lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek worden niet systematisch uitgevoerd. Huisartsen vinden dat zij te weinig kennis hebben over de farmacotherapie en de bijwerkingen van geneesmiddelen bij chronisch psychiatrische aandoeningen. Zij hebben behoefte aan nascholing op dit gebied.

Patiënten met ernstige psychische stoornissen hebben zorg met een brede benadering nodig. Zij moeten meer in de gaten worden gehouden. Om dat te kunnen doen, is een goede registratie in het HIS belangrijk. Deze registraties zijn echter niet volledig en soms niet geactualiseerd. De huisarts dient aandacht te besteden aan vroeg signalering van een psychotische decompensatie, hanteerbaar en/of draaglijk maken van de psychische problemen, suïcidepreventie, continuïteit van het zorgproces. Aan communicatieve vaardigheden zoals contact maken en het gesprek gaande houden worden hogere eisen gesteld, meer dan de helft van de huisartsen voelt zich hierin onvoldoende competent en heeft behoefte aan nascholing op dit gebied.

Naast de zorg voor de patiënt zelf heeft de huisarts doorgaans ook de zorg voor diens familieleden. Huisartsen die begaan zijn met de patiënt en zijn familie ervaren tijdens een psychotische terugval een zware verantwoordelijkheid. Zij bieden steun en maken in feite deel uit van het zorgteam rond de patiënt. Huisartsen missen hier de erkenning door de tweedelijns van deze positie.

In de acute zorg wil de huisarts het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt en zijn familie. Hij heeft daarbij een beperkte, bemiddelende rol. Hij vormt zich op een pragmatische wijze een oordeel over de situatie en zijn beleid bestaat uit het creëren van rust en stabiliteit, streven naar voldoende veiligheid voor de patiënt en zorgdragen voor continuïteit in het zorgproces. Patiënten met een psychotische crisis en patiënten die een suïdepoging hebben ondernomen worden vaak direct naar de tweedelijns verwezen.

Comorbiditeit bij patiënten met psychotische stoornissen

Patiënten met psychotische stoornissen komen vaak met klachten en ziekten bij de huisarts, net zoals andere patiënten met psychische problemen. Bij oudere patiënten lijkt dit fenomeen

echter uit te doven. Het profiel van de comorbiditeit toont veel overeenkomst met dat van andere patiënten met psychische problemen. Wel komen psychosepatiënten vaker in verband met bijwerkingen van geneesmiddelen. Ook maagdarmklachten en urinewegklachten kunnen een gevolg zijn van hun geneesmiddelengebruik.

Patiënten met psychotische stoornissen hebben meer somatische comorbiditeit. De kans op overgewicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en longziekten is hoger. Hart- en vaatziekten worden bij de oudere psychosepatiënten echter minder vaak gediagnosticeerd, evenals obstructieve longziekten. Hier is mogelijk sprake van onderdiagnostiek.

Patiënten met psychotische stoornissen hebben een kortere levensverwachting en dit is slechts gedeeltelijk het gevolg van suïcide of onnatuurlijke dood. Comorbide psychiatrische stoornissen zijn: depressies, tentamen suïcide, en persoonlijkheidsstoornissen. De huisarts besteedt bij oudere psychosepatiënten minder aandacht aan hart- en vaatziekten en obstructieve longziekten.

Positie van de huisarts in de ketenzorg

Bij de zorg voor chronisch psychotische patiënten is er weinig samenwerking tussen de huisarts en de tweedelijns GGZ. Huisartsen hebben behoefte aan erkenning van hun rol als continue factor in de zorg en van hun competenties in de somatische zorg. Bij acute problematiek is de tweedelijns GGZ voor de huisarts goed aanspreekbaar.

Methodologische kanttekeningen

Dit onderzoek is explorierend en beschrijvend van opzet. In het kwalitatieve onderzoek zijn de werkervaringen, taakopvattingen, en stimulerende en belemmerende factoren in de zorg van de huisarts voor patiënten met psychotische stoornissen naar boven gehaald. De resultaten zijn verwerkt in een vragenlijst die aan deskundigen is voorgelegd en in een kleine proefopzet werd getoetst en vervolgens toegestuurd aan een aselechte steekproef.

De respons van de huisartsen op het vragenlijstonderzoek was laag maar de respondenten bleken representatief te zijn voor de samenstelling van de beroepsgroep.

De morbiditeitgegevens van LINH betreffen een grote aselekt gekozen groep patiënten met psychotische stoornissen. Een sterk punt is de vergelijking met twee controlegroepen waarvan één met ‘andere’ psychische problemen en één zonder psychische problemen als contactreden. Hierdoor konden we zicht krijgen op het profiel van de somatische comorbiditeit bij patiënten met psychotische stoornissen in de eerstelijnszorg.

Omdat we het volledige spectrum van psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk wilden onderzoeken, hebben we alle ICPC-codes met betrekking tot psychotische stoornissen

onderzocht. Bij ouderen komen organische psychosen vaker voor als een symptoom van een ziekte elders in het lichaam (delier). Hoewel de geneeskundige zorg bij het delier ook is gericht op herstel van het psychische evenwicht, staat de diagnostiek en behandeling van de onderliggende somatische aandoening op de voorgrond. Om recht te doen aan het andere spectrum van psychotische stoornissen op oudere leeftijd, hebben we het databestand in twee leeftijdsgroepen gesplitst. Hierdoor werd zichtbaar dat huisartsen bij ouderen een terughoudender beleid voeren dan bij de volwassen psychosepatiënten.

Diagnosen veranderen in de tijd en ziektebeelden kunnen in elkaar overgaan of elkaar overlappen. De ICPC-registraties van psychotische stoornissen zijn niet altijd correct bijgewerkt maar omdat ons onderzoek over de hele bandbreedte van psychotische stoornissen is uitgevoerd, leverde dit geen probleem op.

Implicaties en aanbevelingen voor de huisartsenzorg

Patiënten met psychische stoornissen behoren vaak niet tot de mondige patiënten die weten wat ze bij de huisarts willen halen en hoe ze dit het beste kunnen aanpakken. Integendeel, hun denken kan verward zijn en de zorg voor zichzelf wordt vaak veronachtzaamd.

De taak van de huisarts vangt aan met het in beeld brengen van de zorgbehoefte van de patiënt. Deze zorgbehoefte wordt niet op een presenteerblaadje aangeboden. Patiënten met ernstige psychische stoornissen kunnen hun klachten niet altijd adequaat verwoorden en daarmee dienen de huisarts en zijn assistente rekening te houden. Dit begint bij de triage aan de telefoon. De assistente kan de geboden informatie beter op haar waarde beoordelen als zij met de problematiek van de patiënt bekend is of deze kan vinden in het elektronische dossier.

Bij patiënten met psychotische stoornissen dient de huisarts rekening te houden met een breed spectrum van somatische comorbiditeit. Als de anamnese weinig specifieke informatie oplevert, is het raadzaam om uitgebreider lichamelijk onderzoek te doen en dit eventueel aan te vullen met laboratorium onderzoek. Wij adviseren huisartsen om patiënten met ernstige psychische stoornissen een jaarlijkse beoordeling van de lichamelijke gezondheid aan te bieden.

Het verdient aanbeveling dat huisartsen zelf de verantwoordelijkheid nemen voor het gaande houden van het zorgproces. Dit kan op verschillende manieren: vervolgafspraken maken, jaarlijks oproepen, evaluatieafspraken koppelen aan het ophalen van een herhaalrecept, en een huisbezoek bij 'niet verschenen zonder bericht'.

Als psychische problemen en stress domineren kunnen sommige patiënten weinig waarde hechten aan preventieve onderzoeken die zich als doel stellen om de levensverwachting te

verlengen. Het kan zinvol zijn dat de huisarts de waarden van de patiënt bespreekbaar maakt om zo het zorgproces goed hierop te kunnen afstemmen.

Familie en naasten van patiënten met psychische stoornissen ervaren een grote emotionele belasting en huisartsen weten dit en willen hen steun bieden. Het verdient aanbeveling dat huisartsen afspraken maken met de patiënt en de naastbetrokkenen over zijn rol in het zorgteam rondom de patiënt. Deze afspraken behelzen de volgende onderwerpen: wat te doen bij dreigend recidief of disfunctioneren, bevorderen van de therapietrouw en wat te doen als de medicijnen niet worden ingenomen, monitoren van de lichamelijke gezondheid en de bijwerkingen van de antipsychotische medicijnen, en wat te doen bij klachten of symptomen van ziekte.

Aanbevelingen voor de organisatie van zorg

Het verdient aanbeveling dat huisartsen hun taken en verantwoordelijkheden helder omschrijven in een richtlijn, bij voorkeur een NHG standaard met richtlijnen over het zorgproces en over de inhoud van de zorg. De samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de zorg voor patiënten met psychotische stoornissen moet nog van de grond komen. Het verdient aanbeveling om regionale afspraken te maken over ‘wie doet wat’ in de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen. De Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, die op dit moment wordt herzien, is hiervoor een geschikt vehikel.

Aanbevelingen voor onderwijs

Het verdient aanbeveling om:

- huisartsen (in opleiding) communicatieve vaardigheden te leren in de omgang met patiënten met ernstige psychische stoornissen, periodiek de zorgbehoefte van de patiënt in kaart te brengen en hen te leren hun plaats in het zorgteam in te nemen.
- de kennis van huisartsen en huisartsen in opleiding te vergroten met betrekking tot de prevalentie van somatische comorbiditeit bij patiënten met psychotische stoornissen en de bijwerkingen van antipsychotische geneesmiddelen.
- psychiaters (in opleiding) en huisartsen (in opleiding) te leren om samen te werken.

Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek

Het verdient aanbeveling om:

- te onderzoeken hoe de registratie van psychotische stoornissen in het HIS verbeterd kan worden.

- te onderzoeken in welk samenwerkingsmodel de specifieke competenties van huisartsen en psychiaters tot optimale zorg leiden.
- te onderzoeken hoe effectief interventies in de eerste lijn zijn met betrekking tot chronische ziekten van patiënten met een psychotische stoornis.

Conclusies

Patiënten met psychotische stoornissen hebben een kortere levensverwachting en meer kans op (verborgen) comorbiditeit. Zij hebben brede zorg nodig: de huisarts dient zowel de psychische als de somatische toestand in de gaten te houden en daarbij te zoeken naar een goede balans tussen toekijken en bemoeien.

Huisartsen beschouwen het opsporen en behandelen van de somatische comorbiditeit als hun taak en verantwoordelijkheid. Een pro-actief beleid met vervolgafspraken en periodiek lichamelijk onderzoek is hierbij aan te bevelen.

Huisartsen zijn gericht op de context van de patiënt: zij willen steun bieden aan de familie en deel uitmaken van het zorgteam rond de patiënt.

Zorgverbetering is mogelijk als huisartsen hun taken en verantwoordelijkheden in een standaard zouden vastleggen en implementeren. Het gaat daarbij om de volgende domeinen:

- communicatie met patiënt en familie
- vroegsignaleren
- correct registreren en actualiseren van psychische stoornissen in het HIS
- hulp bieden bij psychosociale problemen
- ondersteuning bieden bij herstellen en handhaven van het psychische evenwicht
- opsporen en behandelen van (risicofactoren voor) somatische comorbiditeit
- psychofarmacotherapie
- ondersteuning van familie en naastbetrokkenen
- draaglijk maken van de psychische stoornis
- suïcidepreventie
- zorgorganisatie en samenwerking

Summary

The basic principle of this study is the assumption that care received by people with severe emotional disorders provided by general practitioners could be improved. General practitioners could adopt a more active approach, for instance.

A clinical lecture – chapter 2 – goes into three cases of patients being linked to relapse in psychosis by the general practitioner based on odd behaviour or remarks made by family members. Typically, the patient himself or herself does not have a clear demand for care, and the general practitioner is called on in a different manner. In these types of cases, an alert and active attitude from the part of the general practitioner is necessary in order to provide adequate care. Moreover, being informed about and familiar with psychiatric disorders helps to recognize signals at an early stage. Additionally, in case of a transition of care provided by secondary health care services to the primary health care sector, the practitioner needs to see his patients periodically in order to keep up with their health situations and living conditions. Chapter 3 describes a qualitative survey among experienced general practitioners. It includes a listing of experiences, their understanding of their tasks, and factors that hinder the provision of care to patients with psychotic disorders. In total, eight factors are distinguished that influence the policy of the general practitioner: presentation of the patient (acute or chronic), emotional impact on the general practitioner, knowledge of the clinical picture, professional interpretation of one's duties, patient-related factors, contact with close relatives, the practice, and collaboration with secondary health care services provided by GGZ.

General practitioners do not carry out a systematic and proactive policy when it comes to taking care of patients with chronic psychotic disorders. Instead, they only react to demands for care made by the patient and his or her family. Moreover, interpretations of duties differ quite strongly among the general practitioners who treat the patients in question, based on personal preferences, experiences, and quality of collaboration with psychiatry.

Chapter 4 deals with quantitative research. It measures the meaning of the findings of qualitative research mentioned in chapter 3 by choosing a representative sample among Dutch general practitioners and using questionnaires. In total, 186 general practitioners completed and returned the questionnaire. 74% see themselves as the first contact person in case of an acute psychosis. 58% feel responsible for medical care at the chronic stage. It becomes clear that general practitioners are willing to participate in providing care to patients with psychotic disorders. Primarily, they consider it their job to be the first contact person in case of a psychosis at the acute stage, to offer support to family members, to find, diagnose and treat

somatic comorbidity, and to monitor the physical health. General practitioners need recognition of their roles within the collaboration with GGZ secondary health care. Therefore, it is recommended to make regional agreements about who does what when it comes to providing care to psychotic patients. Guidelines for general practitioners could support this.

Chapter 5 demonstrates that registering a psychiatric diagnosis in the general practitioner information system (HIS) could be improved. There could be various reasons for it, such as uncertainty about inclusion criteria and wanting to prevent stigmatization.

Chapter 6 reports on research into notes taken by general practitioners at the central doctor's practice on their contacts with patients who could be suicidal. General practitioners play a key role in providing care in situations of crisis. When it comes to assessing the suicide risk, usually a short psychiatric anamnesis takes place and the situation of the person demanding care is analysed. What is taken into account is the medical history, the social context, and the possibility of making reliable agreements. Medical interventions by general practitioners that take place most are: listening and offering support, making agreements about non-suicidal policy, prescribing soothing medication, offering backup up to follow-up contact with the patient's own general practitioner or different care providers who are present, or referring patients straight to secondary health services. People who were considered highly suicidal were referred to secondary health care urgently. These mainly involved patients who had previously attempted suicide and patients with psychotic disorders or extreme anxieties.

Based on three cases, chapter 7 describes how general practitioners can contribute to dealing with the loss of a loved one due to suicide by being there shortly after the suicide, discussing emotions, providing factual information and linking the meaning of the suicide to an unbearable and hopeless situation, which has often been caused by a psychiatric illness. Moreover, the general practitioner needs to form an opinion about the health risks experienced by the relatives after suicide.

Chapter 8 describes a literary study of somatic comorbidity with patients who suffer from schizophrenia and related psychoses. They run a higher risk of getting metabolic and endocrine disorders such as obesity, diabetes mellitus, hypothyroidism, and cardiovascular disease and COPD. This group of patients is often treated at a later stage or at too late a stage. General practitioners should realize this and take into account cognitive and social opportunities and restraints experienced by these patients. Good care consists of a broad approach to health problems including an explanation of the importance of screening and diagnostics in order to come to mutual policy that is in line with patient values.

Finally, chapter 9 describes the results of an analysis of longitudinal registration data taken from the electronic patient database of the Netherlands Information Network of General Practice (LINH) over a five-year period. Somatic comorbidity and the type of care provided by the general practitioner were looked at for a group of patients with psychotic disorders. The results were compared to those of a control group of people with different mental problems and to those of a control group of people with no mental problems. For this purpose, the 5-year incidence was analysed of disorders the general practitioner was consulted for, as well as the size of care given in the case of three chronic somatic diseases: diabetes mellitus, cardiovascular disease and obstructive lung diseases (asthma / COPD). Compared to other patients, patients with psychotic disorders are visited and consulted by their general practitioner on more occasions. However, the profile of patient symptoms and illnesses of both groups with mental problems does not differ much. Patients with psychotic disorders do suffer more from medication side effects, however. Among this group, providing care for patients with diabetes mellitus is no different from providing care for other diabetes patients. Elderly psychosis patients suffer from organic psychosis more often. Care provided for elderly suffering from cardiovascular disease and chronic lung diseases is less intensive. It is likely that the focus of general practitioners is more on the quality of life. Psychosis patients with diabetes mellitus or cardiovascular disease are referred to secondary health services more often. Further research will have to demonstrate if treatment of diabetes and cardiovascular disease by primary health care services is less effective for this group of patients.

Samenvatting

Uitgangspunt van dit onderzoek is de veronderstelling dat de zorg van huisartsen voor mensen met ernstige psychische stoornissen beter kan, bijvoorbeeld door een actievere opstelling van de huisarts.

In een klinische les - hoofdstuk 2 – worden drie patiënten beschreven waarbij de huisarts door vreemd gedrag of door opmerkingen van familieleden op het spoor wordt gezet van een recidief psychose. Kenmerkend hierbij is dat de patiënt zelf geen duidelijke hulpvraag heeft, en er op een andere wijze een appél wordt gedaan op de huisarts. Een alerte en actieve opstelling van de huisarts is in dit soort gevallen een voorwaarde voor goede zorg. Ook geïnformeerd zijn over en bekendheid met het psychiatrische ziektebeeld draagt bij aan een vroegtijdige herkenning van signalen. En bij een verschuiving van zorg naar de eerste lijn is het noodzakelijk dat de huisarts de patiënt periodiek ziet om op de hoogte te blijven van zijn gezondheid en leefomstandigheden.

Hoofdstuk 3 beschrijft een kwalitatief onderzoek onder ervaren huisartsen. Hierbij maken we een inventarisatie van ervaringen, taakopvattingen en belemmerende factoren met betrekking tot zorgverlening aan patiënten met psychotische stoornissen. In totaal worden hierbij acht factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op het beleid van de huisarts: presentatie van de patiënt (acuut of chronisch), emotionele impact op de huisarts, kennis van het ziektebeeld, professionele taakopvatting, patiëntgebonden factoren, het contact met de naasten, de praktijkorganisatie, en de samenwerking met de tweedelijns GGZ.

Huisartsen voeren geen systematisch en proactief beleid uit in de zorg voor patiënten met chronische psychotische stoornissen. In plaats hiervan reageren zij slechts op hulpvragen van de patiënt en zijn familie. Ook verschillen de taakopvattingen bij de betreffende patiëntengroep nogal per huisarts, afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, ervaringen en de kwaliteit van de samenwerking met de psychiatrie.

Hoofdstuk 4 gaat over het kwantitatief onderzoek. Daarbij wordt de betekenis van de bevindingen van het kwalitatief onderzoek uit hoofdstuk 3 met behulp van vragenlijsten gemeten onder een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen. In totaal 186 huisartsen stuurden de vragenlijst ingevuld retour. 74% ziet zichzelf als eerste aanspreekpunt bij een acute psychose. 58% voelt zich verantwoordelijk voor de medische zorg in de chronische fase. Duidelijk wordt dat huisartsen willen participeren in de zorg aan patiënten met psychotische stoornissen. Hierbij zien zij het vooral als hun taak om eerste aanspreekpunt te zijn in de acute fase van een psychose, steun te bieden aan de familieleden, de somatische

comorbiditeit op te sporen, te diagnosticeren en te behandelen, en de lichamelijke gezondheid te monitoren. Huisartsen hebben behoefte aan erkenning van hun rol binnen de samenwerking met de tweedelijns GGZ. Derhalve verdient het aanbeveling om regionale afspraken te maken over wie doet wat in de zorg voor psychotische patiënten. Richtlijnen voor huisartsen zouden dit kunnen ondersteunen.

In hoofdstuk 5 laten we zien dat de registratie van een psychiatrische diagnose in het huisartseninformatiesysteem (HIS) niet optimaal verloopt. Hier kunnen meerdere redenen voor zijn, zoals onduidelijkheid over de inclusiecriteria en het willen voorkomen van stigmatisering.

In hoofdstuk 6 staat een verslag van het onderzoek naar de aantekeningen van dienstdoende huisartsen over hun contacten met mogelijk suïcidale patiënten op de huisartsenpost. Huisartsen nemen een sleutelpositie in bij hulpverlening in crisissituaties. Bij de inschatting van het suïciderisico nemen zij doorgaans een korte psychiatrische anamnese af en beoordelen zij de situatie waarin de hulpvrager verkeert. Daarbij letten ze op de voorgeschiedenis, de sociale context en de mogelijkheid om betrouwbare afspraken te maken. De meest voorkomende huisartsgeneeskundige interventies zijn: luisteren en steun bieden, afspraken maken over non-suïcide beleid, voorschrijven van rustgevendende medicijnen, en overbruggen naar een vervolgcontact met de eigen huisarts of andere al aanwezige hulpverleners ofwel direct naar de tweedelijns verwijzen. Mensen met een hoog ingeschat suïciderisico worden met spoed naar de tweede lijn verwezen. Dit zijn vooral degenen die al een suïcidepoging hebben ondernomen en de patiënten met een psychotische stoornis of extreme angst.

In hoofdstuk 7 wordt aan de hand van drie cases beschreven hoe de huisarts een bijdrage kan leveren aan verliesverwerking na zelfdoding door kort na de suïcide aanwezig te zijn, emoties te bespreken, feitelijke informatie te verstrekken en de betekenis van de suïcide in het kader te plaatsen van een ondraaglijke en uitzichtloze situatie, die in veel gevallen is ontstaan door psychiatrische ziekte. Ook dient de huisarts zich een oordeel te vormen over de gezondheidsrisico's van nabestaanden na een suïcide.

Hoofdstuk 8 bevat de beschrijving van een literatuurstudie over somatische comorbiditeit bij patiënten met schizofrenie en verwante psychosen. Zij hebben een grotere kans op metabole en endocriene stoornissen zoals overgewicht, diabetes mellitus, hypothyreoïdie, en op hart- en vaatziekten en COPD. Deze patiëntengroep krijgt vaak later of in een te laat stadium behandeling. Huisartsen dienen zich dit te realiseren en rekening te houden met de cognitieve en sociale mogelijkheden en beperkingen van deze patiënten. Goede zorg bestaat uit een brede benadering van de gezondheidsproblemen met uitleg over het belang van screening en

diagnostiek om een gezamenlijk beleid te kunnen afspreken dat aansluit aan de wensen van de patiënt.

In hoofdstuk 9 beschrijven we tenslotte de resultaten van een onderzoek in het longitudinale databestand van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) met gegevens uit 89 huisartsenpraktijken uit 2002-2007 bij drie naar leeftijd en geslacht gemaakte groepen waarbij de indexgroep ‘Patiënten met psychotische stoornissen’ werd vergeleken met een controlegroep met andere psychische problemen en een controlegroep zonder psychische problemen. Patiënten met psychotische stoornissen komen vaak bij de huisarts: de huisarts legt vaker visites af en doet meer consulten. Het profiel van klachten en ziekten waarmee deze patiënten komen verschilt echter weinig van dat van patiënten met andere psychische problemen. Wel hebben ze vaker bijwerkingen van de geneesmiddelen. De diabeteszorg is bij de psychosepatiënten even intensief als bij de andere patiënten. Oudere psychosepatiënten hebben vaker een organische psychose. De huisarts controleert deze ouderen minder frequent op hart- en vaatziekten en chronische longziekten, vermoedelijk ligt bij hen het zwaartepunt van de huisartsenzorg meer op de kwaliteit van leven. Bij diabetes mellitus of hart- en vaatziekten worden de psychosepatiënten vaker naar de tweede lijn verwezen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of het effect van de behandeling van deze aandoeningen in de eerste lijn te wensen overlaat.

Dankwoord

‘Worden doe je nooit alleen’, zei Nietzsche. Dit geldt zeker ook voor onderzoekers. Mijn onderzoek begon met het idee dat huisartsen betere zorg zouden kunnen verlenen aan patiënten met psychische stoornissen. Dit idee wilde ik graag wetenschappelijk onderbouwen. Jan Schuling was de eerste aan wie ik deze wens heb voorgelegd. Jan ken ik al vele jaren, bijna zolang als ik werk. In 1985 solliciteerde ik bij hem voor de parttime huisartsenopleiding maar toen besloot ik toch de voltijds opleiding te volgen. Hij was co-opleider van Marijke Bootsma-de Langen en werd later mijn duopartner in de huisartsenpraktijk.

Jan zag perspectief in mijn onderzoeksplannen en ving enthousiast aan met de begeleiding. Hij hielp mij met het opzetten van het kwalitatieve onderzoek en leerde me hoe ik een artikel moest schrijven. Ook schreef hij fondsen aan. Lieve Jan, jij was de ‘steunbeer’ van mijn onderzoek, dank hiervoor en vooral voor je vertrouwen in mij.

Betty Meyboom-de Jong werd mijn promotor. En dat schrijf ik met trots. Tijdens de ontwikkelingsfase wachtte Betty rustig af, wetend hoe dat bij huisartsen gaat. Af en toe stuurde zij me een artikel om me aan te moedigen. Betty, bij jou kon ik naast mijn andere werkzaamheden gestaag doorwerken naar de eindstreep. Samen zaten we gebogen over de artikelen, hebben we geluncht in jouw tuin en gelachen in de trein. Het was leuk!

Cees Slooff heeft mij consequent ondersteund met zijn kennis over schizofrenie. Hij keek rustig en kritisch mee over onze (huisartsen)schouders. Cees, jouw affiniteit met de zorg voor schizofreniepatiënten hebben we gemeenschappelijk, dank voor jouw waardevolle aanvullingen in onze discussies.

Het Universitair Medisch Centrum van Groningen ging participeren in de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) en Janny Dekker zocht een GGZ-onderzoeker. Dit raakvlak bracht Janny in mijn begeleidingsgroep. Janny, met jouw kritische vragen, steevast gevolgd door een paar ontwapenende lachogjes, stimuleerde je mij om wetenschappelijker te denken.

Drie studenten hebben bijgedragen aan de deelonderzoeken. Inmiddels zijn zij al (huis)artsen geworden. Remy Schaafsma deed het registratieonderzoek, Dirk Jan Mulder codeerde het patiëntenbestand van de doktersdienst over suïcidaliteit, en Njiskje de Groot hielp met het ontwikkelen van de vragenlijst voor huisartsen.

Vanuit het huisartseninstituut kreeg ik ook ondersteuning: Peer van Haaren was moderator bij de focusgroepen, Henk Bosveld schreef een database programma voor het

vragenlijstonderzoek, Anita Verhoeven deed de systematische literatuursearch, en Klaas Groenier is de man van de hogere statistieken. Allemaal hartelijk bedankt.

Dank ook aan de negentien huisartsen die meededen aan de focusgroepen en de 186 die de vragenlijst invulden en retourneerden. Jeske Ploeg heeft de 700 vragenlijsten verzendklaar gemaakt en de data in het computerprogramma ingebracht. Twee patiënten van het psychosecluster van GGZ Drenthe hebben de herinneringsbrieven klaargemaakt en verzonden. Egbert Knol heeft mij wegwijs gemaakt in het computerprogramma SPSS. Josie Dutton en Rhoda Schuling hebben geholpen met de Engelse vertalingen van de artikelen. Allen wil ik hartelijk bedanken. Peter Verhaak dank ik voor zijn prettige hulp en nuttige adviezen bij het LINH bestand onderzoek. De leden van de leescommissie wil ik bedanken voor het nauwkeurig lezen en beoordelen van dit proefschrift.

Mijn paranimfen zijn Jeanet Nugteren, mijn naaste praktijkpartner, en Leo Veehof, mijn medecoördinator van de nieuwe kaderopleiding GGZ. Met jullie naast mij, moet het wel goed komen!

Naast mijn inspanningen bleef er ook ruimte voor ontspanning: mijn weekendgevoel begon zaterdag met mijn loopvriendinnen, Nan en Daniël. Tijdens het lopen blikten we terug op de week en verzonnen stellingen zoals ‘Promoveren naast praktijkwerk is als een marathon lopen: je moet ervan bezeten raken om de eindstreep te kunnen halen’. Het afgelopen jaar heeft de promotiekoorts mij dan ook te pakken gekregen. Gelukkig zorgden danslessen en vreemde voettochten voor het behoud van de balans. Evenals mijn lieve supporters, Kees, Wessel, Birgit, Thomas en Jutta. Ik wist jullie altijd naast mij tijdens de pieken en dalen van een ‘oudere jonge onderzoeker’. Zo kan ik Nietzsche volmondig nazeggen: ‘worden doe je nooit alleen’.

Huisartsen die deelnamen aan de focusgroepen:

Wim Benneker

Lonnie ter Braak

Allison Bruce

Evelien Dijkman-Hanke

Jan Hein van Embden Andres

Reina Groenewold-Snijder

Guus Hofman

Tineke Muileboom

Willem Niewold

Lynn Nijkerk

Zwaantje Regtop

Ton Rosmark

Karel Schuit

Saar Schuling

Tineke Slagter

Henk Spelde †

Teun Tanja

Bert Tent

Douwe de Vries

Curriculum vitae

Op 8 december 1951 werd Marian Oud in Beverwijk geboren als de oudste dochter van een gezin met acht kinderen. De familie verhuisde naar Eindhoven en later naar Apeldoorn, waar haar vader als zenuwarts werkte en haar moeder, toen de jongste naar de kleuterschool ging, haar beroep als huisarts weer oppakte.

Het eindexamen Hogere Burger School (HBS-B) behaalde zij in 1970 aan het Geert Groote College te Deventer. Daarna studeerde ze geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen en slaagde in 1979 voor het artsexamen. In datzelfde jaar werd zij moeder van Wessel en in 1982 is Birgitte geboren.

In 1980 begon zijn haar loopbaan bij de Rutgersstichting met spreekuren voor anticonceptie, SOA's en seksuologie. Hier heeft zij tien jaar gewerkt. Daarnaast onderhield zij haar gezin als docent in de vakken algemene ziekteleer, neurologie en psychogeriatric.

In 1987 begon zij aan de huisartsenopleiding in de groepspraktijk Lewenborg bij Marijke Bootsma-de Langen en Adelbert Brenninkmeyer. In deze huisartsengroep is zij gebleven, eerst als huisarts in dienst van de huisartsen (Hidha) en vanaf 1992 als gevestigd huisarts. De praktijk maakt deel van het Gezondheidscentrum Lewenborg dat geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnszorg aanbiedt. Marian nam in 2005 zitting in het stichtingsbestuur en is sinds 2006 bestuursvoorzitter.

Tijdens een Breedenburgcursus ontmoette zij haar man, Kees Hofman. Vanaf 1990 delen zij samen lief en leed en in 2000 zijn ze met elkaar getrouwd.

Naast de praktijk hield Marian zich bezig met het organiseren en geven van nascholing, vooral op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Van 1997 tot 1998 was zij lid van de wetenschappelijke programmacommissie die het NHG congres organiseerde en nam daarin de 'GGZ-straat' voor haar rekening.

In 2002 werd zij huisartsopleider, en van 2001 tot 2009 heeft zij als SCEN-arts gewerkt. Haar wetenschappelijke vorming begon in 2002, als lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van het NHG, waar zij tot 2006 actief aan heeft deelgenomen. In 2004 was zij medeorganisator van het CWO-weekend in Groningen 'Als getallen het niet kunnen vertellen' over kwalitatief onderzoek.

De GGZ bleef haar belangstelling houden en van 2002 tot 2004 participeerde zij aan de eerste kaderopleiding GGZ aan de VU te Amsterdam. Van 2005 tot 2008 vertegenwoordigde zij het NHG in de werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen van het CBO.

Samen met Leo Veehof organiseert zij nu de tweede kaderopleiding GGZ vanuit de disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Publicatielijst (in chronologische volgorde)

M.J.T.Oud, J. Schuling. Patiënten met een chronische psychose in de huisartsenpraktijk: actief volgen. *Ned Tijdsch Geneesk.* 2002; 146:697-700

M.J.T.Oud, R.H.Schaafsma, J. Schuling. Accuracy of electronic patient record registration in chronic psychosis. *Europ J Gen Pract.* 2003; 9:146-147

M.J.T.Oud, M.H. de Groot. Opvang van de nabestaanden na een suïcide. *Ned Tijdsch Geneesk.* 2006; 150:649-652

C.J.Slooff, M.J.T.Oud, H.E.Luijten, F.K.Withaar. Schizofrenie en verwante psychosen: beloop, etiologie, diagnostiek en beleid. *Bijblijven 2007* (23). Nr 1:14-21

C.J.Slooff, M.J.T.Oud, H.E.Luijten, F.K.Withaar. Schizofrenie en verwante psychosen: medicamenteuze behandeling, psychosociale interventies en de rol van de huisarts. *Bijblijven 2007* (23). Nr 1: 22-28

Marian JT Oud, Jan Schuling, Cees J Slooff, Betty Meyboom-de Jong. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients. *BMC Family Practice.* 2007; 8:37

M.J.T.Oud, D.J.W.Mulder, J.Schuling. Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit. *H&W* 3008;3: 124-127

Marian JT Oud, Jan Schuling, Cees J Slooff, Klaas H Groenier, Janny H Dekker J, Betty Meyboom-de Jong. Care for patients with severe mental illness; the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract.* 2009 May 6; 10:29

Marian JT Oud, Betty Meyboom-de Jong. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract.* 2009 May 9; 10:32

Graduate School for Health Research SHARE

This thesis is published within the research program **Evidence Based Medicine in Practice** of the Graduate School for Health Research SHARE (embedded in the University Medical Center Groningen / University of Groningen). More information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: www.rug.nl/share.

Previous dissertations from the program **Evidence Based Medicine in Practice**:

Beinema MJ (2009) *The optimalization of coumarin anticoagulant therapy: pharmacogenetics and computer assisted dose finding*
Supervisors: prof dr JRBJ Brouwers, prof dr J van der Meer
Co-supervisor: dr B Wilffert

Boersma C (2009) *Health economics of cardiovascular & renal disease prevention*
Supervisors: prof dr MJ Postma, prof dr LTW de Jong-van den Berg, prof dr PE de Jong
Co-supervisor: dr T Gansevoort

Stewart RE (2009) *A multilevel perspective of patients and general practitioners*
Supervisors: prof dr B Meyboom-de Jong, prof dr TAB Snijders, prof dr FM Haaijer-Ruskamp

Vroom F (2009) *Drug use in pregnancy; exploring the field of DMARDs in pregnancy*
Supervisors: prof dr LTW de Jong-van den Berg, prof dr JRBJ Brouwers, prof dr MAFJ van de Laar
Co-supervisor: dr HEK de Walle

Hulst, M van (2008) *Health economics of blood transfusion safety*
Supervisors: prof dr MJ Postma, prof dr CTh Smit Sibinga

Grigoryan L (2007) *Self-medication with antibiotics in Europe and its determinants*
Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr JE Degener

Sturm HB (2007) *Influencing physician prescribing in an international context: the role of systems, policies and patients*
Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr WH van Gilst

Greving J (2007) *Trends in cardiovascular drug prescribing in Dutch general practice: role of patient and physician related characteristics*
Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr D de Zeeuw
Co-supervisor: dr P Denig

Dobre D (2006) *Treatment of heart failure and patient outcomes in real life*
Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr R Sanderman,

prof dr DJ van Veldhuisen
Co-supervisors: dr AV Ranchor, dr MLJ de Jongste

Houweling ST (2005) *Taakdelegatie in de eerste en tweedelijns diabeteszorg; resultaten van de DISCOURSE studies*

Supervisor: prof dr B Meyboom-de Jong
Co-supervisor: dr HJ Bilo

Mol PGM (2005) *The quest for optimal antimicrobial therapy*

Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr ROB Gans, prof dr JE Degener

Bergman GJD (2005) *Manipulative therapy for shoulder complaints in general practice*

Supervisors: prof dr B Meyboom-de Jong, prof dr K Postema
Co-supervisors: dr JS Winters, dr GJMG van der Heijden

Baarveld F (2004) *Sportgerelateerde problemen in de huisartspraktijk*

Supervisor: prof dr B Meyboom-de Jong
Co-supervisors: dr J Schuling, dr GC van Enst

Ubink-Veltmaat LJ (2004) *Type 2 diabetes mellitus in a dutch region; epidemiology and shared care*

Supervisor: prof dr B Meyboom-de Jong
Co-supervisor: dr HJG Bilo

Kasje WN (2004) *Implementing joint treatment guidelines to improve prescribing in general practice*

Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr PA de Graeff
Co-supervisor: dr P Denig

Groenier KH (2004) *Empirical classification of shoulder complaints*

Supervisor: prof dr B Meyboom-de Jong
Co-supervisors: dr WH van Schuur, dr JC Winters

Wachters-Kaufmann CSM (2004) *Voorlichting aan CVA-patiënten en hun centrale verzorgers*

Supervisors: prof dr B Meyboom-de Jong, prof dr TH The
Co-supervisor: dr J Schuling

Pont LG (2002) *Assessing the quality of prescribing in general practice*

Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr WH van Gilst,
prof dr T van der Molen

Bemelmans WJE (2001) *Prevention of coronary heart disease by nutritional interventions. Impact of nutritional education in groups and supplementation with alpha-linolenic acid*

Supervisor: prof dr B Meyboom-de Jong
Co-supervisors: dr JF May, dr J Broer, dr EJM Feskens, dr FW Siero, dr AJ Smit

Veninga CCM (2000) *Improving prescribing in general practice*

Supervisor: prof dr FM Haaijer-Ruskamp
Co-supervisor: dr P Denig

Veehof LJG (1999) *Polypharmacy in the elderly*
Supervisors: prof dr B Meyboom-de Jong, prof dr FM Haaijer-Ruskamp

Vries SO de (1998) *Management strategies for intermittent claudication*
Supervisor: prof dr MGM Hunink
Co-supervisor: dr JB Wong

Bosch JL (1997) *Outcome assessment of the percutaneous treatment of iliac artery occlusive disease.*
Supervisors: prof dr MGM Hunink, prof dr WPTHM Mall, prof dr L Koopmans

Dijkers FW (1997) *Repeat prescriptions: a study in general practice in the Netherlands*
Supervisors: prof dr B Meyboom-de Jong, prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr AF Casparie

Trigt AM van (1995) *Making news about medicines*
Supervisors: prof dr TFJ Tromp, prof dr FM Haaijer-Ruskamp

Boerkamp E (1995) *Assessing professional services quality: an application in health care*
Supervisors: prof dr JC Reuijl, prof dr FM Haaijer-Ruskamp

Denig P (1994) *Drug choice in medical practice: rationales, routines, and remedies*
Supervisors: prof dr FM Haaijer-Ruskamp, prof dr H Wesseling

Jong-van den Berg LTW de (1992) *Drug utilization studies in pregnancy: what can they contribute to safety assessment?*
Supervisors: prof dr MNG Dukes, prof dr H Wesseling
Co-supervisor: dr FM Haaijer-Ruskamp

Zijlstra IF (1991) *De regionaal klinisch farmacoloog*
Supervisors: prof dr H Wesseling, prof dr FWJ Gribnau, prof dr C van Weel
Co-supervisors: dr FM Haaijer-Ruskamp, dr H Wollersheim